

Ville Lauttamäki, Olli Hietanen

SOSIAALI- JA TERVEYSALAN TYÖVOIMA- JA KOULUTUSTARPEET 2015

Loppuraportti sosiaali- ja terveydenhuollon
ennakointihankkeesta

TULEVAISUUDEN TUTKIMUSKESKUS
TUTU-JULKAISUJA 4/2006

TUTU-JULKAISUJA 4/2006

SOSIAALI- JA TERVEYSALAN TYÖVOIMA- JA KOULUTUSTARPEET 2015

Loppuraportti sosiaali- ja terveydenhuollon
ennakointihankkeesta

Ville Lauttamäki, Olli Hietanen

Ville Lauttamäki, Olli Hietanen

Tulevaisuuden tutkimuskeskus

Copyright © 2006 Ville Lauttamäki, Olli Hietanen & Tulevaisuuden tutkimuskeskus,
Turun kauppakorkeakoulu

Taitto Non-Stop Studiot Oy

ISBN 951-564-397-X (Kirja)
951-564-398-8 (PDF)

Painopaikka Esa Print Oy

Tulevaisuuden tutkimuskeskus

Turun kauppakorkeakoulu

Rehtorinpellonkatu 3, 20500 TURKU

Korkeavuorenkatu 25 A 2, 00130 HELSINKI

Hämeenkatu 7 D, 33100 TAMPERE

Puh. (02) 481 4530

Faksi (02) 481 4630

<http://www.tukkk.fi/tutu>

tutu-info@tse.fi, etunimi.sukunimi@tse.fi



SISÄLLYSLUETTELO

1. JOHDANTO	9
2. YHTEENVETO	10
2.1 Terveysala 2015	10
2.2 Sosiaalia 2015	13
2.3 Sosiaali- ja terveysalojen suurimmat kehittämiskohteet ennen vuotta 2015	15
3. METODI JA SEN SOVELTAMINEN	21
4. KYSELYN TULOKSET	23
4.1 Terveysalan vastaukset	24
4.1.1 Hyvinvoinnin yleinen kehitys tulevaisuudessa	24
4.1.2 Terveysala tulevaisuudessa	26
4.1.3 Terveysalan tarpeet ja koulutusjärjestelmä tulevaisuudessa	35
4.2 Sosiaalialan vastaukset	39
4.2.1 Hyvinvoinnin yleinen kehitys tulevaisuudessa	39
4.2.2 Sosiaalia tulevaisuudessa	41
4.2.3 Sosiaalialan tarpeet ja koulutusjärjestelmä tulevaisuudessa	49
5. VERSTAIEN TULOKSET 10.11.2005	53
5.1 Terveysalan verstaat	54
5.2 Sosiaalialan verstaat	61
6. VERSTAIEN TULOKSET 2.12.2005	69
6.1 Terveysalan verstaat	69
Opetussuunnitelmat	
Potilasasiat	
Tulevaisuuden tapoja	
6.2 Sosiaalialan verstaat	76
7. HEIKKOJA SIGNAALIA	81
 LIITE 1: KYSELYLOMAKE	 84
LIITE 2: KYSELYYN VASTANNEET	110
LIITE 3: VERSTAASEEN 10.11. TUODUT VÄITTEET	113

KUVIOLUETTELO

KUVIO 1.	Terveysalan vastaajien näkemys tärkeimmistä hyvinvointia vahvistavista tekijöistä	24
KUVIO 2.	Terveysalan vastaajien näkemys tärkeimmistä hyvinvoinnin kehittymisen haasteista	25
KUVIO 3.	Kuntien terveysalan suurimpien ammattiryhmien eläkepoistuma 2006-2020 (Lähde: Kuntien eläkevakuutus).	27
KUVIO 4.	Keinoja joilla saadaan työntekijöitä houkuteltua terveysalalle	28
KUVIO 5.	Näkemyksiä terveydenhuollon tuottajatahojen merkityksen muuttumisesta 2005-2015	30
KUVIO 6.	Näkemyksiä terveydenhuollon rahoittajatahojen merkityksen muuttumisesta 2005-2015	32
KUVIO 7.	Näkemyksiä terveydenhuollon toimintamallien merkityksen muuttumisesta 2005-2015	32
KUVIO 8.	Merkittävimmät uudet teknologiasovellukset terveysalalla	34
KUVIO 9.	Sosiaali- ja terveysalan perustutkintojen tarpeen kehittyminen 2005-2015 terveysalan vastaajien näkökulmasta	36
KUVIO 10.	Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkintojen tarpeen kehittyminen 2005-2015 terveysalan vastaajien näkökulmasta	37
KUVIO 11.	Sosiaali- ja terveysalan ylempien korkeakoulututkintojen tarpeen kehittyminen 2005-2015 terveysalan vastaajien näkökulmasta	38
KUVIO 12.	Sosiaalialan vastaajien näkemys tärkeimmistä hyvinvointia vahvistavista tekijöistä	40
KUVIO 13.	Sosiaalialan vastaajien näkemys tärkeimmistä hyvinvoinnin kehittymisen haasteista	41
KUVIO 14.	Kuntien sosiaalialan suurimpien ammattiryhmien eläkepoistuma 2006–2020 (lähde: Kuntien eläkevakuutus)	42

KUVIO 15.	Keinoja joilla saadaan työntekijöitä houkuteltua sosiaalialalle	43
KUVIO 16.	Näkemyksiä sosiaalihuollon tuottajatahojen merkityksen muuttumisesta 2005-2015	45
KUVIO 17.	Näkemyksiä sosiaalihuollon rahoittajatahojen merkityksen muuttumisesta 2005-2015	46
KUVIO 18.	Näkemyksiä sosiaalihuollon toimintamallien merkityksen muuttumisesta 2005-2015	46
KUVIO 19.	Merkittävimmät uudet teknologiasovellukset sosiaalialalla	48
KUVIO 20.	Sosiaali- ja terveysalan perustutkintojen tarpeen kehittyminen 2005-2015 sosiaalialan vastaajien näkökulmasta	49
KUVIO 21.	Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkintojen tarpeen kehittyminen 2005-2015 sosiaalialan vastaajien näkökulmasta	50
KUVIO 22.	Sosiaali- ja terveysalan ylempien korkeakoulututkintojen tarpeen kehittyminen 2005-2015 sosiaalialan vastaajien näkökulmasta	50

1. JOHDANTO

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti vuosiksi 2003-2005 Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoiman ja koulutuksen ennakkoinnin yhteistyöryhmän, jonka tehtävänä oli seurata ja ennakoida väestön tarpeisiin sekä palvelujärjestelmän ja työelämän muutoksiin liittyviä työvoima- ja koulutustarpeita sekä koulutuksen kehittämistarpeita.

Turun kauppakorkeakoulun Tulevaisuuden tutkimuskeskus kutsuttiin mukaan avustamaan ennakkoinnin yhteistyöryhmää kvalitatiivisen ennakkoinnin menetelmien hyödyntämisessä sekä aineiston kokoamisessa ja raportoinnissa. Tulevaisuuden tutkimuskeskus toimi hankkeessa laadullisen ennakkoinnin menetelmien asiantuntijana. Tämä raportti on Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoiman ja koulutuksen ennakkoinnin yhteistyöryhmän laadullisen ennakkoinnin vaiheen päätös. Raportissa on hyödynnetty myös ennakkoinnin yhteistyöryhmän tuottamaa määrällistä seuranta ja ennakointitietoa sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimasta ja koulutuksesta.

Johdantoluvun jälkeen luvussa 2 esitellään sosiaali- ja terveysalojen tulevaisuuskuvat vuoteen 2015. Laaditut tulevaisuuskuvat vastaavat hankkeen aikana kuultujen asiantuntijoiden enemmistön näkemyksiä – vaikka muunkinlaisia tulevaisuuskuvia olisi erilaisilla painotuksilla saanut kertyneestä materiaalista muotoiltua. Luvun 2 viimeisessä alaluvussa on myös hankkeen aikana kerättyjä toimenpide-ehdotuksia siitä, mitä sosiaali- ja terveysaloilla tulisi tehdä, jotta suurimmat tulevaisuuskuvissa kuvatut ongelmat voitaisiin välttää. Luvuissa 3–6 käydään vaihe vaiheelta läpi hankkeen kulku ja raportoidaan se, miten luvussa 2 esiteltyihin tulevaisuuskuviin päädyttiin. Luvussa 7 on listattuna myös muutamia heikkoja signaaleja, joita hankkeen aikana tuli esille, mutta joita ei tulevaisuuskuviin viety.

2. YHTEENVETO

Tämän ennakointihankkeen liikkeellepanevana voimana oli tilastoista välittynyt huomio siitä, että väestön vanhenemisen myötä palvelutarpeet joillakin sosiaali- ja terveydenhuollon alueilla tulevat kasvamaan samalla, kun myös sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunta ikääntyy. Eläkepoistuma on lähivuosina nopeaa ja jatkuu korkeana seuraavat 15 vuotta. Nämä kaksi trendiä yhdessä muodostavat melkoisen haasteen sosiaali- ja terveyspalvelujen määrällisen ja laadullisen tason säilyttämiselle tulevaisuudessa. Koska työtä on tulevaisuudessa paljon ja tekijöistä uskotaan olevan pulaa, tulee varmistua siitä, että sosiaali- ja terveydenhuollossa keskitytään oikeiden asioiden tekemiseen. Siksi on selvitettävä tulevaisuuden työvoimatarpeet ja osaamisvaatimuksia, joiden perusteella voidaan ennakoida, miten koulutusta tulisi muuttaa, jotta näihin tulevaisuushaasteisiin pystyttäisiin vastaamaan.

Tässä luvussa kuvataan lyhyesti millaisena ennakointihankkeeseen osallistuneet sosiaali- ja terveysalan asiantuntijat näkivät alansa tulevaisuudessa. Luvussa 2.1 esitellään näkymä terveydenhuollon tulevaisuudesta vuonna 2015, luvussa 2.2 sama tarkastelu tehdään sosiaalialalle. Luvussa 2.3 esitetään tulevaisuuteen varautumisen kannalta tärkeimmät tarvittavat muutokset.

Lukijan kannattaa muistaa, että seuraavissa luvuissa esitettävät sosiaali- ja terveysalan tulevaisuuskuvat eivät ole visionomaisia kuvauksia halutusta tulevaisuudesta - vaan asiantuntijoiden näkemyksiä sekä todennäköisestä, haluttavasta että myös vältettävästä tulevaisuudesta. Luvun lopussa esitettävien toimenpiteiden tarkoituksena onkin siksi toisaalta vahvistaa joitakin kehityskulkuja ja toisaalta ennalta ehkäistä ja muuttaa joitakin toisia kehityskulkuja.

2.1 Terveysala 2015

Vuonna 2015 ikääntyneet ovat terveydenhuollon ylivoimaisesti suurin asiakasryhmä. Uusiksi kansansairauksiksi sydän- ja verisuonitautien rinnalle ovat nousseet

diabetes ja erilaiset tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Myös erilaiset syöpäsairaudet ovat yleistyneet merkittävästi. Kansalaisten koulutustaso on jatkanut tasaista paranemistaan, ja tämä näkyy myös terveystietämyksen parantumisena. Koulutettu väestönosa pitää itsestään huolta ja näin ennaltaehkäisee sydän- ja verisuonitautien syntymistä. Näistä suomalaisten kansansairauksista ei ole vuonna 2015 päästy kokonaan eroon, mutta nuoremmissa ikäluokissa ennusteet sairastuneiden määristä ovat myös suhteellisin luvuin tarkasteltuna aikaisempaa pienemmät.

Yhteiskunnassa eriarvoistuminen on jatkunut ja tämä on johtanut siihen, että vauraampi (ja usein myös terveempi) osa väestä hoitaa sairaanhoitonsa kustannuksista osan omalla kustannuksellaan kun taas spektrin toisessa päässä on henkilöitä, joille on kasaantunut monenlaisia terveysongelmia ja jotka ovat täysin yhteiskunnan tukien varassa.

Terveystieteiden peruspalvelut tulevat suurelta osin säilymään julkisen sektorin käsissä, mutta yksityiselle sektorille siirtyvät varsinkin yksinkertaisemmat tukitoiminnot, kuten siivous tai ruokahuolto. Myös suppeat terveydenhuollon erikois- ja palvelut saatetaan tulevaisuudessa ostaa yksityisiltä toimijoilta. Toimintaa pyritään edelleen pitkälti samoissa tiloissa ja samanlaisen henkilökunnan toimesta. Vuonna 2005 julkisen vallan rahoituksella ja julkisen sektorin tuottamana toimineet yksiköt on monilta osin vuoteen 2015 mennessä uudelleenorganisoitu, ja osasta on muodostettu tulosvastuullisia yksiköitä. Uutena merkittävänä toimijana terveydenhuollon tuottajakentällä on ns. kolmas sektori. Vapaaehtoisvoimin, joko omaishoitajien tai terveydenhuoltoon erikoistuneiden järjestöjen toimesta, tuotetut palvelut ovat kymmenen vuoden takaisesta yleistyneet, mutta nämä palvelut koskevat vain yksinkertaisimpia hoivapalveluita.

Etsiessään pieniä terveydenhuollon yksiköitä paikoista, joissa vielä vuonna 2005 sellaisia oli, voisi aikamatkailija sen sijaan kohdata monin paikoin yllätyksiä. Pieniä yksiköitä on yhdistetty suurempiin ja näistä yhdistämisen kautta syntyneistä yksiköistä on siirretty vähiten kysyttyjä ja suurinta erikoistumista vaativia palveluja vielä suurempiin yksiköihin. Haja-asutusalueilla ja syrjäseuduilla sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat vastaavat tietyistä perusterveydenhuollon palveluista lääkärin etukonsultaation turvin. Jäljellejääneissä yksiköissä on tarjolla myös sosiaalihuol-

lon palveluja ja pienimmissä paikoissa sosiaali- ja terveydenhuollon moniosaajat vastaavat niin asiakkaiden oikeanlaisesta terveydenhuoltoon ohjaamisesta kuin myös arvioivat mahdollista sosiaalipalvelujen tarvetta. Työnkuvat ovat muutenkin jonkin verran muuttuneet vuonna 2005 vallinneesta tilanteesta. Rutiinitehtäviä on siirretty pykälää alemman koulutustason omaaville - esimerkiksi lukuisia aikaisemmin lääkärin hoitamia tehtäviä on vuonna 2015 sairaanhoitajien vastuulla ja vastaavasti sairaanhoitajien tehtäviä on siirretty lähihoitajakoulutuksen saaneille.

Terveydenhuollon työvoima on vuonna 2015 eläköitymisen kiihkeimmässä vaiheessa. Samanaikainen eläköityminen ja tarve kouluttaa uutta väkeä hoitamaan kasvavaa sairastavien joukkoa aiheuttavat suurta kiirettä terveydenhuollon toimipaikoissa. Terveydenhuollon henkilökunnan arkista kiirettä lisäävät muun muassa vanhenevan työvoiman kasvaneet sairauspoissaolot ja yhtäikaa käynnissä olevat (hiljaisen tiedon siirtymisen varmistamiseksi luodut) mentorointi-ohjelmat sekä kasvatettujen opiskelijamäärien myötä entistä suurempien työharjoittelijajoukkojen ohjaaminen.

Toisaalta työpainetta on helpottanut joidenkin uusien, lähinnä viestintätekniikan kehittymisen myötä syntyneiden, palvelusovelluksien käyttöönotto. Lääkärin ja asiakkaan välisen yhteydenpidon paraneminen on mahdollistanut kotihoidon yleistymisen. Tärkeimpänä potilaan hoidon laatua parantavana sovelluksena käyttöön on otettu henkilökohtainen potilashistoriakortti. Jokaisella asiakkaalla on aina terveydenhuollon palveluissa asioidessaan mukana henkilökohtainen potilaskertomuksensa esimerkiksi Kela-korttiin upotetulla sirulla. Potilashistoriakorttiin (tms. tietokantaan) on digitaalisesti tallennettu eri aikoina eri terveydenhuollon yksiköissä henkilöstä otetut röntgenkuvat, hoitomääräykset, saadut lääkekuurit, jne. Tällaisen tiedonhallintajärjestelmän käyttöönotto on parantanut potilaan saaman hoidon laatua vähentämällä väärin hoitomääräyksien määrää - ja samalla parantanut terveydenhuollon tuottavuutta eliminoimalla turhat hoidot.

Terveydenhuollon peruskoulutusverkosto on vuonna 2015 jokseenkin nykyisen kaltainen. Joitakin ammattikorkeakouluja on yhdistetty ja muita pienempiä yksiköjä karsittu. Yliopistotasoisista koulutusta annetaan samoissa yksiköissä kuin vuonna 2005. Sairaanhoitajien aloituspaikkoja on vuosituhannen ensimmäisen

vuosikymmen lopulla nostettu ja koulutuksen sisältöä on kehitetty vastaamaan työnjaon kehittämiseen perustuvia toimintatapoja. Ongelmaksi on tullut pätevien opettajien löytäminen; opettajakuntaan kun kohdistuu sama eläköityminen kuin mikä vaivaa terveydenhuoltoalan henkilöstöä.

Merkittävin muutos terveydenhuollon koulutuksessa liittyy täydennyskoulutuksen määrän merkittävään kasvuun – sekä joiltakin osin opetussisältöihin – muun muassa johtamista ja monialaisuutta on lisätty etenkin terveydenhuollon jatkokoulutukseen. Koulutuksen ja työelämän rajapintaa on myös sumennettu siten, että varsinkin erikoistumisopintoja järjestetään yhä enemmän työpaikkatasolla, jolloin opetusta voidaan profiloida toimipaikkakohtaisesti esimerkiksi suurten alueellisten yksiköiden tarpeiden mukaisesti.

2.2 Sosiaaliala 2015

Sosiaalialan arkipäivässä vuonna 2015 näkyy voimakkaasti jo yli vuosikymmenen jatkunut väestön kiihtyvä eriarvoistumiskehitys. Rikkaita on Suomessa tällöin enemmän kuin koskaan aikaisemmin mutta tämän hyvinvoivan väestönosan vastapainona on vuoden 2005 tilanteeseen verrattuna myös suhteellisesti enemmän väestöä, jolla menee varsin huonosti. Tähän joukkoon kuuluu muun muassa kiihtyneen polarisoitumiskehityksen myötä syrjäytyneitä lapsiperheitä, mielenterveysongelmaisia sekä yksinäisiä vähävaraisia vanhuksia. Tuloerojen kasvu yhdessä sosiaali- ja terveyspalvelujen vuosikausia jatkuneen tehostamisen kanssa on johtanut siihen, että sosiaalihuollon palvelut ovat erittäin ylityöllistettyjä. Lisäksi verrattuna tilanteeseen vuosituhannen vaihteessa on yhteiskunnasta syrjäytyneiden - omien oikeuksiensa valvomiseen ja niistä kiinnipitämiseen täysin passiivisesti suhtautuvien - henkilöiden joukko kasvanut. Näiden ihmisten tavoittaminen ja motivoiminen yhteiskunnan aktiiviseksi jäseneksi vaatii uusia taitoja niin rekisterienhallinnassa kuin ihmissuhdeosaamisessakin.

Ikääntyneiden hoito on noussut tärkeimmäksi yksittäiseksi sosiaalipalvelun muodoksi. Uusia palvelutaloja on rakennettu ja useita ennen kuntoutuskeskuksina ja kylpylöinä palvelleita rakennuksia on muutettu vanhainkodeiksi ja palvelutaloiksi. Varakkaat

vanhukset ovat taanneet tulevaisuutensa tekemällä yksityisten palveluyrittäjien kanssa sopimuksia, joiden perusteella he saavat asunnon ja tarvitsemansa palvelut elämänsä loppuun saakka. Kasvava joukko varttuneista on kuitenkin julkisin varoin kustannettujen palvelujen varassa. Valtion tavoitteena on, että vanhainkoti- ja palvelutalo- paikkojen kroonisen puutteen takia mahdollisimman montaa vanhusta pystytettäisiin palvelemaan kotonaan. Tätä kuitenkin puolestaan rajoittaa osaltaan puute kotihoidon ammattilaisista. Varsinkin syrjäseutujen vanhusten hoito jää mainittujen seikkojen takia usein omaisten vastuulle. Myös erilaisten vanhuspalveluja tuottavien järjestöjen merkitys palveluntuottajina on kasvanut.

Lastentarhanopettajia lukuun ottamatta riittävästi päteviä työntekijöitä korvaamaan alan eläköityvää työvoimaa ei alalla tahdo löytyä mistään. Lisäksi median luoma negatiivinen kuva alasta entisestään hankaloittaa opiskelijoiden houkutte- lua alan koulutusohjelmiin.

Sosiaalipalveluissa tietoteknologia on tuonut jonkin verran uusia sovelluksia, mut- ta näiden sovellusten hyödyntäminen on terveysalaa verrattuna vähemmän mer- kittävässä asemassa johtuen erilaisista asiakasrakenteista. Eniten ovat yleistyneet erilaisten turvapuhelinten ja -kameroiden käyttö huonokuntoisten asiakkaiden voinnin valvomisessa. Kuitenkin, koska sosiaalihuollon asiakkailta puuttuu usein kyky ja välineet käyttää itsenäisesti uuden teknologian ratkaisuja, sosiaalihuollon työnkuva on vuonna 2015 hyvin samanlainen kuin nykyään. Asiakkaan ja sosiaa- lialan ammattilaisen välinen kanssakäyminen tapahtuu edelleen pääosin henkilö- kohtaisten kontaktin välityksellä.

Työnjako on jonkin verran muuttunut kymmenen vuoden takaisesta. Esim. joi- denkin rutiininomaisen toimeentulotukipäätösten tekeminen on siirtynyt yliopis- totutkinnon suorittaneilta sosiaalityöntekijöiltä ammattikorkeakoulutasoisen kou- lutuksen saaneille. Näin korkeamman koulutuksen saaneiden aikaa jää vaativam- pien työtehtävien hoitamiseen.

Sosiaalihuollon yksiköt ovat kaupungeissa vuonna 2015 pitkälti samanlaisia kuin nykyäänkin. Moniongelmaisten asiakkaiden määrä on kaupungeissa kasvanut ab- soluuttisesti ja suhteellisesti. Pienemmillä paikkakunnilla, jossa sosiaalihuollon

asiakkaat ovat pääosin varttuneempaan väestönosaan kuuluvia, sosiaali- ja perusterveydenhuollolla on yhdistettyjä yksiköitä. Opinto-ohjelmat ovat kymmenessä vuodessa muuttuneet monialaisemmiksi ja sosiaali- ja terveysalojen yhteistyötä painottavaksi.

Sosiaalialan koulutusverkosto on vuonna 2015 hieman harvempi kuin nykyään. Koulutuspaikkojen kokonaismäärä ovat jotakuinkin vuoden 2005 tasolla. Toisen asteen koulutuspaikkoja on lisätty jonkin verran. Maantieteellisesti koulutuspaikkoja on vähennetty pääosin muuttotappioalueilta.

Merkittävin muutos sosiaalialan koulutuksessa liittyy täydennys- ja muuntokoulutuksen kasvuun. Koulutuksen ja työelämän rajapintaa on myös sumennettu siten, että varsinkin erikoistumisopintoja järjestetään yhä enemmän työpaikkatasolla jolloin opetusta voidaan profiloida esimerkiksi alueen/asiakkaiden ja toimipaikan tarpeiden mukaisesti.

Sosiaali- ja terveyspalveluiden kasvaviin tarpeisiin ei kyetä enää vastaamaan aina vain uusien ja parempien terveyspalvelujen kehittämällä – henkilö- ja talousresurssien alati tiukentuessa – vaan sosiaali- ja terveysalan kehittämisen painopiste on vuonna 2015 siirtynyt merkittävässä määrin terveyspalveluista ennaltaehkäisevään sosiaalityöhön.

2.3 Sosiaali- ja terveysalojen suurimmat kehittämiskohteet ennen vuotta 2015

Seuraavassa kuvataan lyhyesti tärkeimmät yhteiset kehittämiskohteet, joihin sosiaali- ja terveysalalla tulisi panostaa, jotta tulevaisuuden mukanaan tuomiin haasteisiin pystytään vastaamaan. Tarkemmin hankkeen aikana esille tulleita sosiaali- ja terveysalan kehittämiskohteita on raportoitu luvuissa 3–6.

1. Yhteisten tavoitteiden ja käytäntöjen omaksuminen sosiaali- ja terveysaloille (sisältää myös kokonaisuuden paremman hahmottamisen sekä rajapintojen sumentamisen)
2. Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen painopisteen siirtäminen terveyspal-

- veluista ennakoivaan ja ehkäisevään terveydenhuoltoon ja sosiaalityöhön.
3. Alan houkuttelevuuden lisääminen (mm. palkkausta ja työoloja kehittämällä sekä alan imagoa parantamalla viestinnällisin keinoin)
4. Alan johtamisen kehittäminen (kokonaisuuden hallinnan ja tehokkuuden kasvun lisäksi tällä on vahva yhteys myös yllä mainittuihin työoloihin, muun muassa palkitsemiskäytäntöjen ja urakehityksen kautta)
5. Alan ammatillinen peruskoulutus on saatava tasalaatuiseksi kautta maan samalla, kun muunto-, täydennys- ja jatkokoulutusta voidaan profiloida ja eriyttää alueellisiin ja yksikkökohtaisiin tarpeisiin
6. Alan keskeisten työtehtävien ydinosaaminen on arvioitava uudelleen työn uudenlaisen jakamisen toteuttamiseksi (selvittämällä toisaalta se, mitä eri toimijat todellisuudessa tekevät – sekä hahmottamalla visionäärisesti ja proaktiivisesti, mitä heidän tulisi tehdä)
7. Alan opetussuunnitelmat on uudistettava (edellä kuvattujen uusien ydinosaamisalojen mukaisiksi) eri toimijaryhmät osallistavalla prosessilla (= alhaalta ylöspäin).
8. Työn monialainen ja verkostomainen jakaminen on tehtävä myös lainsäädännöllisesti mahdolliseksi. Tähän liittyy myös itsenä johtamisen haaste (sekä hoitohenkilökunnan että asiakkaan näkökulmasta), koska monet nykyään laitoksissa hoidettavat asiat siirtyvät pikkuhiljaa kotihoitoon ja etäpalveluiksi. Tämä edellyttää uutta teknologiaa, uutta toimintakulttuuria ja uutta (itsenäistä) osaamista.
9. Paikallisten olojen arviointi (tarve-/asiakaslähtöisyys), ehkäisy ja ennakointi paremmin esille koulutuspäätöksiä tehdessä
10. Sosiaali- ja terveystieteen nykytilan ja ennusteiden raportoinnin ja mediaosaamisen (proaktiivisen, ennakoivan viestinnän) kehittäminen

Sosiaali- ja terveystieteen välistä yhteistyötä ja ymmärrystä sekä erityisesti alojen osaamisen keskinäistä arvostusta tulee aktiivisesti kehittää. Ammattikorkeakoulutasolla tätä jo jossakin määrin toteutetaan, mutta varsinkin yliopistotasolla tällaisen koulutuksen järjestämiselle olisi vielä tarvetta. Sosiaali- ja terveystieteen asenteissa ja tulevaisuuskuvissa on runsaasti yhteisiä aineksia – mutta alojen ammattilaisten välillä on myös merkittäviä painotuseroja. Sosiaaliala katsoo asiaa enemmän kokonaisuutena ja yhteiskunnalliset ja yhteisölliset olosuhteet huomioiden ongel-

mien ehkäisyn näkökulmasta, kun taas terveysala hoitaa tarkkaan määriteltyä ja diagnosoitua ongelmaa. Erilaiset ajattelutavat vaikeuttavat yhteistyötä Siksi nämä painotuserot tulisi saada selkeästi esille ja kehittämisen kohteiksi.

Sosiaali- ja terveysalan asiantuntijat katsovat alan tulevaisuuden sisältävän muun muassa medikalisoitumista, juridisoitumista, syvenevää erikoistumista sekä palvelujen tuottavuuden ja vaikuttavuuden kasvua. Kun nämä trendit yhdistetään eri toimialojen ja työtehtävien rajapintojen sumenemiseen, niin riskinä on, että terveysala ”syö sisäänsä” sosiaalialan. Entistä tasa-arvoisempi yhteistyö sosiaali- ja terveysalojen välillä edellyttää muun muassa sosiaalialan toimintoluokituksien merkittävää edelleen kehittämistä. Sosiaalialan työtehtävät, rakenteet ja vaikutukset on tehtävä näkyviksi ja yksiselitteisiksi.

Jotta esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan kannalta hyödyllisten tietoteknisten välineiden käyttö saadaan tehokkaaksi, tulee jo ammatillisessa perusopetuksessa kouluttaa yleisimpien käytössä olevien laitteiden ja sovellusten hallintaa. Lisäksi tulisi pyrkiä siihen, että eri yksiköissä ja oppilaitoksissa käytettävät ohjelmistot päätelaitteineen olisivat keskenään yhteensopivia.

Sosiaali- ja terveysalan opetussuunnitelmiin tulisi saada entistä vahvemmin mukaan monialainen ja -kulttuurinen, verkostomainen työkulttuuri – ja varsinkin sosiaalialan näkökulmasta yhteisölliset prosessit (yksilöiden lisäksi myös yhteisöjen hyvinvointiin kohdistuvat palvelut) sekä ehkäisevä sosiaalityö. Nämä tarpeet ja myös jäljempänä esitettävät muut toimenpidesuosituksukset edellyttävät sosiaali- ja terveysalan opetussuunnitelmien perusteellista uudelleen arviointia.

Yhtä aikaa tapahtuva henkilökunnan eläköityminen ja alan kasvava työvoimantarve aiheuttavat pulan sosiaali- ja terveydenhuollon osaajista. Nykyisellään erityisesti sosiaalialan imago on huono, ja opiskelijoiden houkuttelemiseksi sitä tulisivin parantaa. Imagon kohentamiseen liittyy muun muassa palkkatason kohottaminen. Kasvavaa työvoimatarvetta ei voida täyttää pelkästään alan ammatillisen peruskoulutuksen aloituspaikkoja lisäämällä. Siksi sosiaali- ja terveysalan työvoimantarpeen kasvu edellyttää myös tehokasta muunto-, täydennys- ja jatkokoulutusta. Suhtautuminen muutokoulutukseen tosin erosi sosiaali- ja terveysalojen välillä Terveysala ei pitänyt alan vaatiman korkean ammattitaidon ja erikoisosaamisen vuoksi tätä erityisen tehokkaana

toimenpiteenä. Sosiaalialalla muuntokoulutuksessa taas nähtiin mahdollisuus saada lisäväkeä alalle.

Hyvällä johtamisella voidaan vaikuttaa ratkaisevasti resurssien tehokkaaseen käyttöön sekä työhyvinvointiin ja sitä kautta myös imagoon. Sosiaali- ja terveysalan hyvään johtamiseen liittyy muun muassa monialaisen verkostomaisen työtavan ja organisaation hallinta, henkilökunnan työssä ohjaaminen, mentorointijärjestelmien kehittäminen, urakehityksen mahdollistaminen, erikoistumiseen ohjaaminen (uutena työpaikkatasolla tapahtuvana muunto- ja täydennyskoulutuksen työkaluna) ja palkitsemisjärjestelmien kehittäminen.

Sosiaali- ja terveysalan peruskoulutuksen laatu ei nykyisellään ole maan oppilaitoksissa samantasoista. Saman ammattiin liittyvän peruskoulutuksen saaneet omaavat eritasoisia työelämävalmiuksia riippuen siitä, mistä he ovat valmistuneet. Sosiaali- ja terveysalan koulutuksen kehittämistarpeet voidaan tiivistää kahteen perustavoitteeseen: 1) ammatillisen peruskoulutuksen standardointi sekä 2) alan muunto- ja täydennyskoulutuksen alueellinen ja yksikkökohtainen profilointi/eriyttäminen.

Sosiaali- ja terveysalan työtehtäviin liittyvät ydinosaat tulisi määritellä uudestaan lähtien liikkeelle siitä, mitä alan ammattilaiset tällä hetkellä todellisuudessa tekevät - ja toisaalta siitä, mitä heidän tulisi tulevaisuudessa tehdä, jotta työt sujuisivat ongelmitta ja tehokkaasti. Jokaisen sosiaali- ja terveydenhuollon työnkuvan osalta tulisi muun muassa arvioida, mitkä toiminnot ovat kuhunkin toimeen liittyviä varsinaista ammatillista erikoisosaamista vaativaa työtä, keskittyä mahdollisimman pitkälle näiden töiden tekemiseen ja mahdollisuuksien mukaan siirtää jäljellejääviä töitä puolestaan näihin töihin erikoistuneiden henkilöiden hoidettavaksi. Työnkuviin ja työtehtäviin liittyviä rajapintoja tulisi tarkastella ja sumentaa muun muassa sosiaali- ja terveysalan välillä oppilaitosten ja työelämän välillä sekä eri ammattinimikkeiden välillä. Palveluketjujen rajapintoja tulisi kehittää sekä horisontaalisesti että vertikaalisesti.

Sosiaali- ja terveysalalla tarvitaan tulevaisuudessa monikantasuunnittelua (uudet opetussuunnitelmat, ydinosamisen määrittely ja uudet tehtäväjaot), liikkuvuutta

työtehtävien ja yksiköiden välillä, muunto- ja täydennyskoulutuksia, perusopetuksen ja täydennyskoulutuksen integroimista toisiinsa sekä opetuksen ja tutkimuksen integroimista toisiinsa. Uusia opetussuunnitelmia tulisi tehdä ottamalla erityisesti huomioon asiakasnäkökulma ja sosiaali- ja terveysalan yhteistyö. Sosiaali- ja terveysalan opettajien työelämätuntemusta tulisi parantaa. Tämä voitaisiin tehdä mahdollistamalla urakierto opetuslaitosten ja sosiaali- ja terveydenhuollon toimipaikkojen välillä.

Lainsäädäntö tekee joidenkin työtehtävien uudenlaisen jakamisen nykyisin mahdolltomaksi. Siksi myös sosiaali- ja terveysalan lainsäädäntöä tulisi kehittää ennakoluulottomasti tulevaisuushaasteiden osoittamaan suuntaan.

Tulevaisuudessa sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeet vaihtelevat nykyistä enemmän maan eri osissa. Tämä nostaa alueellisen ennakointityön roolia koulutus- ja hoitopaikkojen sijoittelussa. Ylipäättään ennakoivan ja ehkäisevän työn merkitys kasvaa resurssien tiukentuessa. Kasvaviin tarpeisiin ei ehkä kyetä enää vastaamaan uusia ja parempia (= aina vain kalliimpia) terveyspalveluja kehittämällä – vaan sosiaali- ja terveysalan kehittämisen painopiste on siirtymässä terveyspalveluista ennakoivaan ja ehkäisevään terveydenhuoltoon ja sosiaalityöhön.

Sosiaali- ja terveysalan sekä -politiikan merkittävyyttä suomalaisen yhteiskunnan muutosagenttina on lisättävä. Sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset kohtaavat suomalaisen yhteiskunnan todellisuuden. Jos ala kykenee tuomaan kohtaamansa arjen faktat perustellusti esille, niin tiedon lisääntyminen tuottaa myös muutosta. Tämä osaaminen edellyttää kuitenkin sosiaali- ja terveysalan mediaosaamisen ja raportoinnin määrätietoista kehittämistä. Tätä tavoitetta tukevat myös sosiaali- ja terveysalan rakenteiden ja kustannusvaikuttavuuden arvioinnin sekä ennakointimenetelmien kehittäminen.

3. METODI JA SEN SOVELTAMINEN

Tulevaisuuden tutkimuksen tutkimusmetodiksi valittiin Delfoi -menetelmä. Osmo Kuusi (2002) kuvaa menetelmää seuraavasti: Delfoi -menetelmässä tavalla tai toisella asiantuntijoiksi luokitellut toimivat tulevan kehityksen ”oraakkeleina”...Delfoi-tekniikka on yksi monista asiantuntijoiden kannanottojen keruumenetelmistä, joilla on pyritty arvioimaan tulevan kehityksen mahdollisuuksia. Asiantuntijamenetelmien kirjo ulottuu yksinkertaisista kyselyistä komiteatyöskentelyyn, jossa asiantuntijat saattavat hioa kannanottoaan kymmenissä tai jopa sadoissa kokouksissa. Delfoi-tekniikka on vuosien saatossa määritelty monella tavoin. Laajassa kokoomateoksessaan Linstone ja Turoff (1975) antoivat menetelmälle hyvin väljän määritelmän: “Delfoi-tekniikkaa voidaan luonnehtia ryhmän kommunikaatioprosessin strukturointimenetelmäksi, jonka tarkoituksena on auttaa yksilöiden muodostamaa ryhmää kokonaisuutena käsittelemään mutkikasta ongelmaa”.

Hannu Linturin (2002) mukaan tyypillisen Delfoi -prosessin vaiheet ovat:

- 1) tutkimusongelman rajaaminen ja tutkimuksen tavoitteiden määrittely
- 2) suunnitteleman tutkijaryhmän kokoaminen tutkimuksen toteuttamista varten
- 3) varsinaisen asiantuntijapaneelin kokoaminen ja valinta
- 4) kyselylomakkeen rakentaminen, testaaminen ja korjaus ensimmäistä kyselykierrosta varten ja ensimmäinen kyselykierroksen toteuttaminen joko kirjallisena (tai atk-avusteisena) tai suullisena haastattelukyselynä
- 5) ensimmäisen kyselykierroksen vastausten analyysi
- 6) toisen kierroksen kyselylomakkeen rakentaminen, testaus, toteutus ja vastausten arviointi
- 7) mahdolliset lisäkierrokset, ja
- 8) raportointi tutkimuksen tuloksista

Toteutettu hanke noudatteli löyhästi yllä esitettyä rakennetta. Tässä hankkeessa toteutettu Delfoi-prosessi on nojannut koko hankkeen ajan sosiaali- ja terveysalan ennakkoinnin yhteistyöryhmän asiantuntemukseen, jota voidaan pitää yllä olevassa

listassa mainittuna suunnittelevana tutkijaryhmänä. Vaiheet 1–3 tehtiin tiiviissä yhteistyössä ennakkoinnin yhteistyöryhmän kanssa. Helmi- ja toukokuun 2005 välisenä aikana järjestettiin useita kokouksia ja yksi tulevaisuusverstaas, joissa pohdittiin tärkeimpiä kyselylomakkeeseen tulevia aiheita sekä hahmoteltiin tahoja (listassa asiantuntijapaneeli), joille kysely kohdistettaisiin.

Erona yllä esiteltyyn Delfoi-tutkimuksen eri vaiheita kuvaavaan listaan vaihetta 6 ei toteutettu enää kyselynä vaan tulevaisuusverstaana, johon kyselyyn vastanneita pyydettiin osallistumaan. Tulevaisuusverstaas -menetelmä valittiin, jotta asiantuntijoille voitaisiin tarjota mahdollisuus artikuloida sosiaali- ja terveysalan tärkeimpiä kehittämiskohteita, jotka mahdollisesti voisivat kyselytutkimuksessa jäädä huomioimatta. Verstaassa käsiteltävät teemat valikoitiin tehdyn kyselyn pohjalta siten, että keskeisimpiä esille nousseita teemoja testattiin ja ymmärrystä niistä syvennettiin. Osallistujia verstaapäivänä oli 38, joista 18 työskenteli sosiaalialan, loput terveysalan kysymysten parissa.

Oheisen listan kohta 7, lisäkierrös, toteutettiin STM:n joulukuun 2005 alussa järjestämän ”Terveys, toiminatakyky ja sosiaalinen turvallisuus” -seminaarin yhteydessä. Tähän lisäkierrökseen osallistui nelisenkymmentä henkilöä.

4. KYSELYN TULOKSET

Tässä luvussa käydään läpi kesäkuussa 2005 toteutetun sosiaali- ja terveydenhuollon tulevaisuuden työvoima- ja koulutustarpeita kartoittavan kyselyn vastaukset. Verkko-pohjaisena toteutettu kysely lähetettiin noin kahdelle sadalle sosiaali- ja terveystal- ammatilaiselle, joista jokseenkin puolet (91) palautti täytetyn vastauslomakkeen. Lisäksi on huomioitava, että kyselyyn vastanneiden joukko on täytettyjen lomakkei- den määrää suurempi, sillä osa vastauksista (9) oli useamman henkilön muodostaman ryhmän pohdinnan tuloksia. Vastaajien määrää voidaan pitää suhteellisen hyvänä, koska kysely oli erittäin laaja ja täten siihen vastaaminen vaati aikaa ja vaivaa.

Kyselystä oli kolme erilaista versiota, joista kukin vastaaja vastasi yhteen oman asi- antuntemuksensa perusteella. Omat lomakkeensa oli terveystalalle, sosiaalitallalle ja niille, jotka eivät täsmällisesti kyenneet omaa alaansa määrittelemään. Viimeksi mainittu ryhmä teki kaikkein suurimman työn, sillä he saivat vastattavakseen kah- desta muusta kyselystä yhdistetyn lomakkeen, jossa oli mukana kaikki kysymyk- set sekä terveys- että sosiaalitallan lomakkeista. Terveystallan lomakkeen täytti 49 vastaajaa, sosiaalitallan kysymyksiin vastasi 24 henkilöä ja 18 vastaajaa ei kokenut mahdolliseksi määritellä omaa alaansa tarkasti vaan valitsi yhdistetyn lomakkeen. Yhdistetty kyselomake on omana liitteensä (liite 1) tämän raportin lopussa.

Tavoitteena oli saada vastaajiksi kattava otos suomalaisen sosiaali- ja terveystallan kentän toimijoista maan eri alueilta niin tarjonta- kuin kysyntäpuoleltakin. Jäl- kikäte on kuitenkin todettava, ettei sosiaali- ja terveystallan asiakas- tai opiskeli- jänäkökulma ole tässä tutkimuksessa tuottajanäkökulmaan verrattuna aivan tasa- puolisesti edustettuna. Joitakin vastauksia on potilasjärjestöjen edustajilta, mutta valtaosa vastaajista edustaa sosiaali- ja terveydenhuollon tuottaja- tai suunnitte- lutahoja. Maantieteellisesti Suomen eri alueet ovat kuitenkin hyvin edustettuina. Maakunnista ainoastaan Ahvenanmaalta ja Itä-Uudeltamaalta ei ole yhtään vasta- usta. Lista kyselyyn vastanneista ja heidän edustamistaan tahoista on liitteenä ra- portin lopussa (liite 2).

Seuraavissa alaluvuissa esitellään ensin terveys- ja sitten sosiaalialan asiantuntijoiden vastaukset. Yhdistetyn lomakkeen täyttäneiden vastauksia ei ole raportoitu omana alalukuna vaan näiden vastaajien kannat, sikäli kun ne poikkeavat merkittävästi kahden muun lomakkeen vastauksista, on raportoitu kahden edellä mainitun alaluvun yhteydessä.

4.1 Terveysalan vastaukset

Kysely eteni siten, että lomakkeen alkupään kysymykset olivat luonteeltaan yleisempiä, toimintaympäristön nykyisyyttä ja tulevaisuutta kartoittavia. Kyselyn edessä tarkastelunäkökulmaa kavennettiin kohti spesifisempiä tulevaisuuden työvoima- ja koulutustarpeita koskevia kysymyksiä.

4.1.1 Hyvinvoinnin yleinen kehitys tulevaisuudessa

Ensimmäinen kysymys koski hyvinvoinnin kehittymistä vahvistavia tekijöitä 2005–2015. Alla oleva kuvio havainnollistaa vastausjakaumaa.



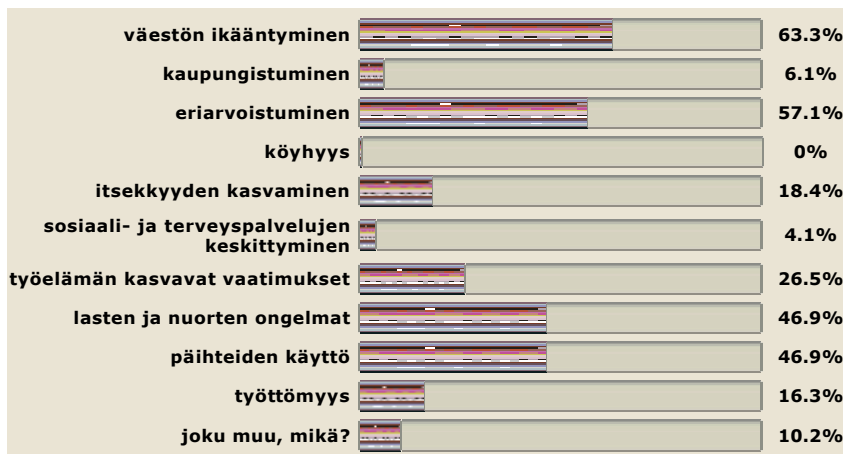
Kuvio 1. Terveysalan vastaajien näkemys tärkeimmistä hyvinvointia vahvistavista tekijöistä.

Koulutustason kohoamisen myötä kansalaisten terveystietoisuus paranee ja väki alkaa omaehtoisesti harjoittaa terveempiä elämäntapoja ja muita sairauksia ennaltaehkäise-

vää toimintaa. Lisäksi vastaajat uskoivat, että sähköisten viestintävälineiden käyttötaidon leviäminen entistä laajemmin parantaa kansalaisten mahdollisuuksia saada tietoa esimerkiksi omaan terveydentilaan ja muuhunkin hyvinvointiin liittyvistä asioista. Talouskasvu luo perustan hyvinvointipalvelujen tason säilyttämiselle.

Taulukon toiseksi alin vaihtoehto, muiden kuin sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuus ei tässä noussut kovinkaan korkealle. Kun lomakkeessa myöhemmin esitettiin kysymys siitä, pitäisikö kauppojen, postien, koulujen ym. sosiaali- ja terveysalaan suoraan liittymättömien palvelujen saatavuutta tukea osana ennaltaehkäisevää sosiaali- ja terveystyötä, puolsi yli 80 % vastaajista ajatusta. Täten voidaan päätellä tällaisten muiden palvelujen saatavuuden olevan toivottavaa muttei keskeisen tärkeää. Toisaalta vastaajat, jotka vastasivat molemmat alat käsittävään lomakkeeseen, pitivät mainittujen oheispalvelujen saatavuutta terveysalan ammattilaisia tärkeämpänä. Näistä vastaajista 44,4 % piti tätä yhtenä tärkeimmistä hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä.

Seuraava kysymyksessä pyydettiin vastaajia arvottamaan merkittävimpiä hyvinvoinnin kehittymisen haasteita aikavälillä 2005–2015. Tulokset on esitetty alla kuviossa 2. Kyselyyn mukaan valikoituneet vaihtoehdot pohjautuvat Tulevaisuuden tutkimuskeskuksen aikaisemmissa projekteissa esille tulleetiin tulevaisuuden muutostekijöihin.



Kuvio 2. Terveysalan vastaajien näkemys tärkeimmistä hyvinvoinnin kehittymisen haasteista.

Ikääntyminen ja eriarvoistuminen koettiin siis merkittävimiksi haasteiksi hyvinvoinnin kehittymiselle lähitulevaisuudessa. Ikääntymiseen liittyvät haasteet ovat kuitenkin joidenkin vuosikymmenien tarkasteluhorisontilla ohimeneviä ja eriarvoistuminen taas luonteeltaan ajan myötä syvenevää. Joidenkin vastaajien mielestä ikääntymiseen on jo varauduttu jokseenkin hyvin, mutta eriarvoistumiskehityksen hillitsemisessä olisi paljon tehtävää.

Yhdistetyn lomakkeen vastaukset olivat pitkälti tätä jakaumaa noudattelevia. Ainoastaan työelämän kasvavat vaatimukset saivat terveystalan vastaajia korkeamman arvion hyvinvoinnin kehittymistä uhkaavana tekijänä.

Terveystalan vastaajat näkivät terveydenhuollon toimipaikkojen keskittymistä ja uskoivat tähän liittyvän eriarvoisuuden kasvun maan alueiden välillä. Yhtäläisen oikeuden terveyspalveluihin uskottiin jonkin verran heikkenevän (eli paremmin toimeentulevien oikeutta joidenkin sosiaali- ja terveyspalvelujen saantiin saatetaan rajoittaa), ja kansalaisten vastuun omasta hyvinvoinnista uskottiin lisääntyvän. Lapsille, nuorille ja lapsiperheille sekä ikääntyneille tarjottavien terveyspalvelujen kysynnän uskottiin kasvavan (eli ainoastaan 18–64 vuotiaista koostuvan väestönsosan tarpeiden ei uskottu kasvavan, näiden epäiltiin pysyvän jotakuinkin ennallaan).

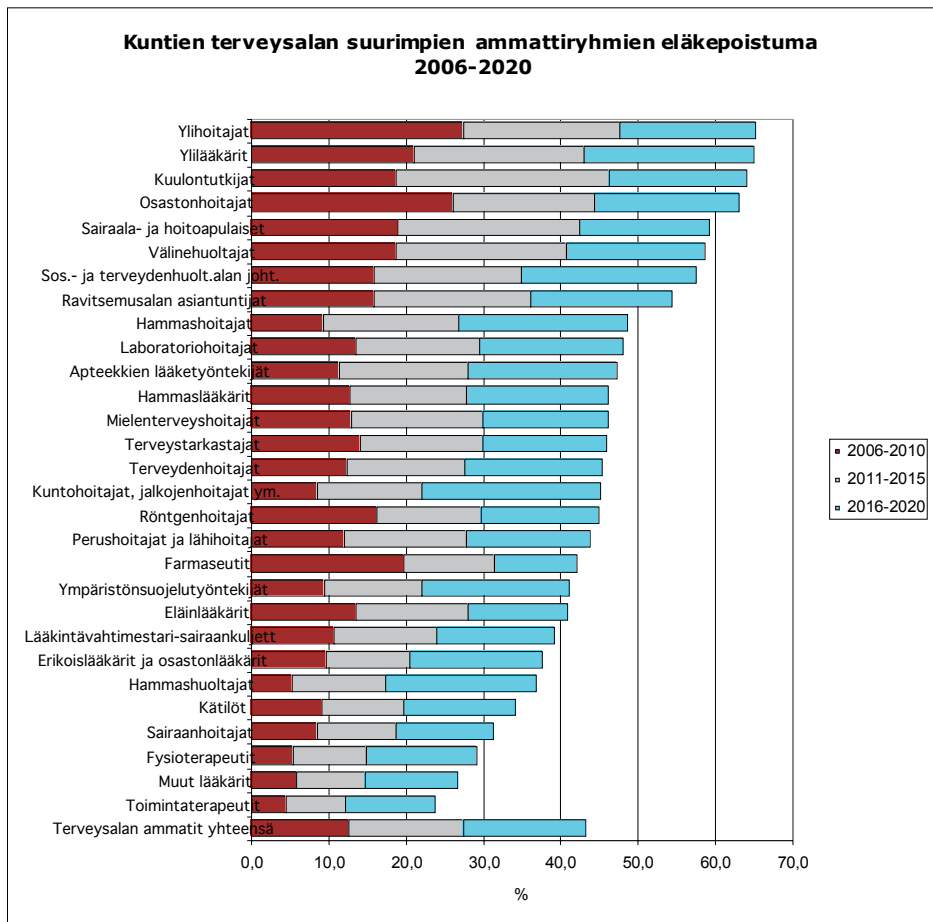
Vastaajien mukaan tulevaisuudessakin suomalaisia vaivaavat tutut kansansairaudet; erilaiset syövät, sydän- ja verisuonitaudit, diabetes sekä tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Yleisesti erilaisten elintasosairauksien uskottiin lisääntyvän. Merkittävänä syynä useisiin suurinta huomiota vaativiin terveysongelmiin pidettiin epäterveellisistä elintavoista aiheutuvaa ylipainoa. Syöpäsairauksien ja erilaisten kasvaimien yleistymistä selittää väestön keskimääräisen eliniän kasvu. Myös mielenterveysongelmien arvioitiin vuonna 2015 olevan nykyistä suurempi ongelma.

4.1.2 Terveystala tulevaisuudessa

työvoimantarve tulevaisuudessa

Terveystalan ammattilaisten nopea eläköityminen on keskeisin tulevaisuudessa

alaan kohdistuva trendi. Koska tämän tutkimuksen pääasiallinen fokus oli laadullisen tiedon tuottamisessa, ei tällaisia tilastoista havainnoitavia faktoja kyselyssä pyydetty arvioimaan. Vastaajien tuottamat arviot tulevaisuuden tarpeista kuitenkin pohjautuvat tällaiseen asiantuntijoiden faktatietoon. Kuvio 3 kuvaa kuntien terveysalan suurimpien ammattiryhmien suhteellista eläkepoistumaa kolmen eri ajanjakson, viiden, kymmenen ja viidentoista vuoden päähän.



Kuvio 3. Kuntien terveysalan suurimpien ammattiryhmien eläkepoistuma 2006-2020 (Lähde: Kuntien eläkevakuutus).

Terveystenhoitoalan henkilökunnan nopeaan eläköitymiseen liittyvistä haasteista tärkeimmän vastaajat kokivat olevan terveydenhuollon tehtävien houkuttelevuus. Vaikka vielä tällä hetkellä työvoimasta on joillain aloilla ylitarjontaa, tulevaisuuden haasteena on uuden työvoiman houkuttelu alalle. Hoito- ja hoivapalvelujen kysynnän uskotaan kasvavan. Yhdessä terveydenhuoltohenkilökunnan vinoutuneen ikärakenteen kanssa tämä muodostaa työvoiman riittävyysongelman. Lisäksi yhtenä eläköitymisen ongelmana tuli esille vaara, että paljon hiljaista tietoa katoaa. Ratkaisuna tähän ehdotettiin mentorointijärjestelmän käyttöönottoa.

Työvoiman houkuttelussa korvaamaan työvoiman poistumaa mainittiin palkka tärkeimpänä yksittäisenä keinona. Toisena tärkeänä keinona pidettiin terveysalan imagon kohottamista. Myöhemmin kyselyssä tiedusteltiin keinoja, joihin vaikuttamalla väkeä voitaisiin rekrytoida muilta aloilta ja saada myös miehet kiinnostumaan alasta. Myös tällä kysymyksenasettelulla palkkauksen parantamista pidettiin tärkeimpänä kehittämiskohteena. Kuviosta 4 näkyy, mitä vastaajat pitivät tärkeimpinä terveysalan vetovoimaisuuteen vaikuttavina tekijöinä.



Kuvio 4. Keinoja, joilla saadaan työntekijöitä houkuteltua terveysalalle.

Palkka, urakehitys ja työn arvostus olivat siis tärkeimpiä alalle vetäviä tekijöitä. Palkka ja työn arvostus olivat tärkeimpien joukossa myös kun kysyttiin tekijöistä, jotka eniten vaikuttavat työviihtyvyyteen ja alalla pysymiseen. Vaikutusmahdollisuudet omaan työhön ja hyvä johtaminen tulivat myös esille merkittävinä alalla pysymistä edistävinä tekijöinä.

Työvoiman riittävydessä tulevaisuudessa on odotettavissa alueellisia eroavaisuuksia. Suurten kaupunkien ja niiden vaikutusalueiden ulkopuolella ennakoitiin vaikeuksia sairaanhoitajien ja erityisesti erikoislääkärien rekrytoinnissa. Terveystieteidenhuollossa tulevaisuudessa nähtiin pulaa osaajista erikoissairaanhoidossa. Lääkäripula tulee näillä näkymin vuoden 2015 tienoilla olemaan ongelma terveyskeskuksissa ja pienillä paikkakunnilla. Erityisenä haasteena koettiin väen löytäminen vanhustenhuollon töihin, joihin on hankala löytää jo nykyiselläänkin riittävästi opiskelijoita ja tekijöitä. Sama koskee osin myös vammaistyötä ja radiologiaa. Myös lisääntyvä kotipalvelu vaatii tekijöitä. Lisäksi tulevaisuudessa vanhenemisen ja elintapojen myötä merkittäviksi nousevien (tai jo sitä olevien) sairauksien hoitoon erikoistunut työvoima, ortopedit, kardiologit sekä urologit, ovat entistä kysytympiä. Yhtenä osaratkaisuna työvoimapulaan on määritellä tehtäväalueet uudelleen ja siirtää ydintehtävän ulkopuolisia työsuoritteita muiden hoidettavaksi. Esim. lääkärin tulisi tehdä lääkärin töitä (ei sihteerin töitä, kuten sähköisten potilaskertomusten yleistymisen myötä epäiltiin ehkä tapahtuvan). On huomioitava, että vastaajien mielestä työnkuvat pitäisi määritellä uudellaan kaikilla tehtäväta-soilla, ei vain lääkärin osalta.

Työvoimatarpeen vähenemisen uskottiin olevan tulevaisuudessa mahdollista joissakin tukipalveluissa, esimerkiksi arkistoinnissa. Tarpeen uskottiin vähenevän, kun entistä enemmän asioita hoidetaan sähköisesti. Asiakkaat täyttävät ja tallentavat lomakkeita omatoimisesti ja sähköiset arkistot mahdollistavat tiedon tarvitsijan hakevan tiedon omatoimisesti. Vuodeosastotyyppisen hoidon epäiltiin myös olevan vähenemään päin. Tämän ei uskottu vaikuttavan kokonaistyöntekijämäärään, koska väki siirtyy koti- ja avohoidon palvelujen tuotantoon.

Keskeisenä huolena kysyttäessä terveydenhuollon tarpeita maan eri osissa tulevaisuudessa julki tuli syrjäseutujen pienten kuntien vaikeudet tuottaa riittävät palvelut vanhenneille asukkailleen. Muuttoliikkeen pois päin syrjäseuduilta ja rekrytointivaikeuksien uskottiin jatkuvan nykyisen kaltaisina. Täten näillä alueilla väestön kokonaismäärä tulevaisuudessa vähenee ja eläkeläisten määrä kasvaa. Telelääketiede saattaa osin olla ratkaisu näihin ongelmiin. Absoluuttisesti väestön määrä kasvaa joillain alueilla niin, että siihen on terveydenhuollon koulutusta ja mitoitus suunnitelmassa reagoitava. Esim. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alu-

eella ennustetaan väestön kasvavan 200 000 hengellä seuraavan 30 vuoden aikana. Vanhustenhoidon tarpeet tulevat vastaajien mukaan kasvamaan kaikkialla maassa. Kaupungeissa uskottiin erityisesti lasten mielenterveysongelmien vaativan tulevaisuudessa nykyistä enemmän huomiota.

Terveysalan rakenne tulevaisuudessa

Terveysalan tuottajakenttään vastaajat arvelivat kohdistuvan jonkin verran muutoksia. Vastaajat uskoivat joidenkin nyt julkisen sektorin toimijoiden voimin tuotettavien palvelujen siirtyvän yksityisten toimijoiden vastuulle. Toisaalta tulee huomioida, että julkisen sektorin rooli terveysalan palveluntuottajana ja erityisesti rahoittajana tulee olemaan vahva tulevaisuudessakin. Vastaajien kantoja tuottajakentän muutoksesta kuvaa alla oleva taulukko. (1=mainitun tahon merkitys vähennee merkittävästi, 5=mainitun tahon merkitys lisääntyy merkittävästi.)

	1	2	3	4	5
valtio (ka: 3.146; yht: 48)	2.1% 1	22.9% 11	39.6% 19	29.2% 14	6.3% 3
kunta (ka: 3.102; yht: 49)	0% 0	18.4% 9	55.1% 27	24.5% 12	2% 1
kolmas sektori (ka: 3.917; yht: 48)	0% 0	0% 0	27.1% 13	54.2% 26	18.8% 9
julkisten tahojen omistamat yritykset (ka: 3.957; yht: 47)	0% 0	0% 0	12.8% 6	78.7% 37	8.5% 4
yksityiset yritykset (ka: 4.042; yht: 48)	0% 0	0% 0	12.5% 6	70.8% 34	16.7% 8
maakunta (ka: 2.955; yht: 44)	11.4% 5	11.4% 5	47.7% 21	29.5% 13	0% 0
EU (ka: 2.432; yht: 44)	18.2% 8	25% 11	52.3% 23	4.5% 2	0% 0
joku muu taho (kirjoita taho kohtaan 6.4) (ka: 2.385; yht: 13)	30.8% 4	15.4% 2	38.5% 5	15.4% 2	0% 0

Taulukko 5. Näkemyksiä terveydenhuollon tuottajatahojen merkityksen muuttumisesta 2005–2015.

Terveysalan vastaajien näkemys siis on, että terveydenhuollon peruspalvelut tulevat suurelta osin säilymään julkisen sektorin käsissä, mutta yksityiselle sektorille siirtyvät varsinkin yksinkertaisemmat tukitoiminnot, kuten siivous tai ruokahuol-

to. Myös suppeat terveydenhuollon erikoispalvelut saatetaan tulevaisuudessa ostaa yksityisiltä toimijoilta. Tämän kysymyksen osalta yhdistettyyn lomakkeeseen vastanneiden vastausjakauma oli yhtä kohtaa lukuun ottamatta hyvin samankaltainen terveystalouden vastaajien kanssa. Ainoa merkittävä ero oli näkemyksessä valtion roolista terveyspalvelujen tuottajana vuonna 2015. Yhdistetyn lomakkeen vastaajista yli 60 % oli sitä mieltä että valtion osuus tulee kasvamaan.

Edellisessä kappaleessa mainitut mahdollisesti tulevaisuudessa yksityisiltä ostettavat palvelut koskivat palveluja, jotka tuotetaan yksityisin voimin mutta rahoitetaan julkisin varoin. Näiden lisäksi syntyy nykyistä enemmän maksukykyisille asiakkaille suunnattuja palveluyrityksiä, jotka vastaavat näiden väestöryhmien tarpeisiin. Terveydenhuollon palveluliiketoiminta tulee varakkaiden eläkeläisten määrän kasvaessa lisääntymään. Tämä taas aiheuttaa edelleen rekrytointiongelmia näiden alojen julkisille toimijoille, jotka eivät todennäköisesti voi kilpailla palkkauksella yksityisten toimijoiden kanssa Kolmannen sektorin roolin terveyspalvelujen tuottajana ennakoitiin myös kasvavan.

Terveydenhuollon organisoinnissa ajateltiin vuoteen 2015 mennessä tapahtuneen joitakin muutoksia. Yliopistosairaanhoitopiirejä on nykyinen määrä, mutta sairaanhoitopiirin määrä kokonaisuudessaan on silloin nykyistä pienempi. Monet vastaajat arvelivat erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon tulevaisuudessa yhdistyvän. Tämä tapahtuu kuitenkin niin, että harvinaisempi erikoistunut hoito hoidetaan viiden yliopistosairaalan toimesta. Jotkut vastaajat näkivät, että sosiaalitoimen vanhustenhoidon liitetään vielä osaksi sairaanhoitopiirien työtä. Kenties hieman yllättäen vastaajien enemmistö piti sosiaali- ja terveyspalvelujen keskittymistä toivottavana kehityksenä.

Terveyspalvelujen rahoittajatahojen muutoksesta kysyttäessä vastaajat uskoivat valtion ja potilaan itse omasta pussistaan tai vapaaehtoisten vakuutusten kautta maksavien terveydenhuollon maksujen suhteellisen osuuden kasvavan. Alla on kehitysnäkymien arvioita kokoava taulukko. (1=mainitun tahon merkitys vähenee merkittävästi, 5=mainitun tahon merkitys lisääntyy merkittävästi.)

	1	2	3	4	5
valtio (ka: 3.571; yht: 49)	2% 1	8.2% 4	28.6% 14	53.1% 26	8.2% 4
kunta (ka: 2.98; yht: 49)	2% 1	22.4% 11	55.1% 27	16.3% 8	4.1% 2
Kela (ka: 3.125; yht: 48)	2.1% 1	16.7% 8	52.1% 25	25% 12	4.2% 2
potilas itse/potilaan omaiset (sis. vapaaehtoiset vakuutukset) (ka: 4.02; yht: 49)	0% 0	0% 0	16.3% 8	65.3% 32	18.4% 9
maakunta (ka: 2.8; yht: 45)	11.1% 5	13.3% 6	60% 27	15.6% 7	0% 0
EU (ka: 2.622; yht: 45)	8.9% 4	26.7% 12	57.8% 26	6.7% 3	0% 0
joku muu taho (kirjoita taho kohtaan 6.2) (ka: 3.063; yht: 16)	12.5% 2	6.3% 1	43.8% 7	37.5% 6	0% 0

Taulukko 6. Näkemyksiä terveydenhuollon rahoittajatahojen merkityksen muuttumisesta 2005–2015.

Vastaajien näkemyksiä terveydenhuollon toimintamallien kehittymisestä kuvaa taulukko 7. (1=mainitun toimintamallin merkitys vähenee merkittävästi, 5=mainitun toimintamallin merkitys lisääntyy merkittävästi.)

	1	2	3	4	5
laitoshoito (ka: 2.6; yht: 50)	10% 5	34% 17	44% 22	10% 5	2% 1
avopalvelut (ka: 4.16; yht: 50)	0% 0	2% 1	6% 3	66% 33	26% 13
omaishoito (ka: 3.92; yht: 50)	0% 0	4% 2	18% 9	60% 30	18% 9
itsehoito (ka: 4.12; yht: 50)	0% 0	0% 0	14% 7	60% 30	26% 13
vapaaehtoistyö (ka: 3.673; yht: 49)	0% 0	6.1% 3	34.7% 17	44.9% 22	14.3% 7
yhteisöllinen työ (ka: 3.58; yht: 50)	0% 0	4% 2	44% 22	42% 21	10% 5
rakenteellinen työ (ka: 3.391; yht: 46)	0% 0	4.3% 2	56.5% 26	34.8% 16	4.3% 2
ennaltaehkäisevä työ (ka: 4.02; yht: 50)	0% 0	4% 2	16% 8	54% 27	26% 13
omalääkäri (ka: 3.3; yht: 50)	2% 1	12% 6	42% 21	42% 21	2% 1
joku muu (kirjoita tekijä kohtaan 7.4) (ka: 3.2; yht: 5)	20% 1	0% 0	40% 2	20% 1	20% 1

Taulukko 7. Näkemyksiä terveydenhuollon toimintamallien merkityksen muuttumisesta 2005–2015.

Terveysalan muutostekijöistä lähimmän kymmenen vuoden aikana vaikuttavimpina vastaajat pitivät medikalisoitumista, juridisoitumista, syvenevää erikoistumista, tuottavuuden kasvun vaatimusta ja palvelujen vaikuttavuuden arvioinnin merkityksen kasvua. Lisäksi aihetta syventävissä avoimissa vastauksissa uskottiin kotihoidon ja perhetyön lisääntyvän.

Terveysalan työntekijät tulevaisuudessa

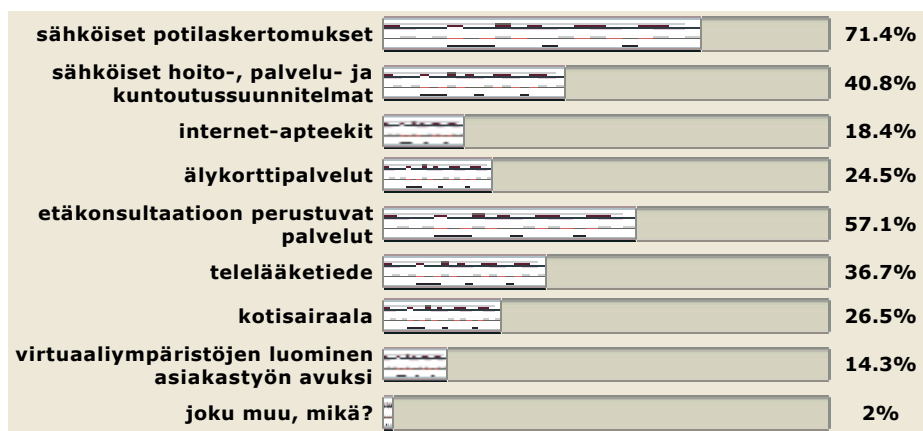
Terveydenhuollon osaajien tarpeen tulevaisuudessa kasvaessa ei terveysalan koulutuspaikkoja ainakaan voi vähentää, paremminkin kehityksen tulisi olla koulutuspaikkojen määriä kasvattavaa. Pienet koulutusyksityöt ovat vastaajien käsityksen mukaan vaarassa kadota, koulutuksen tehostamisvaatimukset edellyttävät koulutuksen keskittämistä suurempiin yksiköihin. Liiallisen keskittymisen haittana mainittiin kuitenkin opiskelijoiden harjoittelupaikkojen saamisen vaikeutuminen. Koulutuksen laadun ja määrän suhteen tulee tehdä jatkuvaa laadullista ja määrällistä alueellista ennakointi- ja kehittämistyötä, jotta tarpeisiin osataan reagoida oikein. Kotihoito on vuonna 2015 kenties nostettu omaksi koulutusohjelmakseen.

Ulkomaalaistaustaisten asiakkaiden ja työntekijöiden aiheuttamat muutostarpeet eivät tarjonneet suuriakaan yllätyksiä. Päälimmäisinä asiakkaiden aiheuttamista muutostarpeista esille tulivat tulkkipalveluiden tarjoaminen asiakkaille ja (moni) kulttuurikoulutuksen antaminen hoitohenkilökunnalle. Ulkomaalaistaustaisten työntekijöiden aiheuttamat muutostarpeista tärkeimpänä pidettiin varmistumista siitä, että työyhteisöt ovat suvaitsevaisia. Lisäksi alalle tulevien työntekijöiden suomen kielen riittävä osaaminen on varmistettava sekä huolehdittava, että suomalaisen hoitokulttuuri on tekijälle tuttu. Kunnollinen työhön perehdyttäminen on keskeinen keino tämän tavoitteen saavuttamisessa. Eniten työntekijöitä terveysalalle arveltiin tulevan Suomen lähialueilta, Venäjältä ja Baltiasta. Vastaajat eivät odottaneet suuriakaan ongelmia ainakaan lähialueilta tulevien työntekijöiden sopeutumisessa, koska kokemukset ulkomaalaistaustaisista työntekijöistä omilla organisaatioissa ovat olleet positiivisia. Ulkomaisen sosiaali- ja terveysalan työvoiman aktiivisen rekrytointipolitiikan suhteen vastaajat olivat jokseenkin epäileviä. Yli puolet vastaajista ei pitänyt tätä hyvänä ideana.

Terveysthuollon nykyisessä työnjaossa vastaajat uskoivat tapahtuvan muutoksia niin, että kunkin koulutustason omaavien vähemmän vaativia töitä tullaan siirtämään alemman koulutuksen saaneiden henkilöiden hoidettavaksi. Esimerkkejä tällaisista olivat mm. joidenkin reseptien kirjoitusoikeuden siirto lääkäreiltä sairaanhoitajille sekä pistosten tai joidenkin yksinkertaisten hoitojen siirto sairaanhoitajilta lähihoitajille. Lisää keskustelua tästä aiheesta käytiin tutkimuksen seuraavan vaiheen verstaatyöskentelyn yhteydessä marras- ja joulukuussa 2005. Tätä keskustelua on raportoitu luvuissa 5.1 ja 6.1.

Terveysalan tulevaisuuden teknologiat

Teknologian kehittymisen uskottiin vuoteen 2015 mennessä tuovan jonkin verran uusia apuvälineitä terveysalalle. Paranevat tieto- ja viestintäteknologian ratkaisut mahdollistavat etäkonsultaation ja paremman yhteydenpidon kotihoidossa olevien potilaiden kanssa. Uusien ohjelmaratkaisujen ja sovellusten (kuten sähköinen potilaskertomus) odotettiin olevan laajasti käytössä ja parantavan tiedon liikkumista terveydenhuollon eri toimijoiden välillä. Myös dna-tutkimuksen kehittämisessä nähtiin lupauksia. Kyselylomakkeessa vastaajille annettiin arvioitavaksi lyhyt lista terveysalalle relevanteista tieto- ja viestintäteknologiaa hyödyntävistä tulevaisuuden palveluista ja sovelluksista, josta vastaajien tuli poimia kolme mielestään tulevaisuudessa merkittäväntä. Oheinen kuvio kuvaa vastaajien näkemystä erilaisten sovellusten merkittävyydestä vuonna 2015.



Kuvio 8. Merkittävimmät uudet teknologiasovellukset terveysalalla.

Uusia teknologian kehittymisestä aiheutuvia osaamistarpeita ei niinkään tullut esille. Tärkeämpää olisi vastaajien mielestä, että edes nykyiset vaatimukset täytettäisiin. Käytettävien ohjelmistojen yhteensopivuus olisi palvelujen sujuvuuden kannalta tärkeää. Yksilötaitojen tasolla tärkeää on perustaitojen riittävä omaksuminen. Kaikkien ei tarvitse osata kaikkea, mutta ohjelmistojen riittävän hyvä hallinta on välttämätöntä, jotta tietoteknisten työkalujen työntekoa helpottavat ja tehostavat ominaisuudet saadaan täysimääräisesti hyödynnettyä. Jo peruskoulutusvaiheessa tulisi terveydenhuoltoalan opiskelijoita perehdyttää eri sairaskertomus- ja potilashallintojärjestelmiin. Ohjelmistoilla on taipumus monimutkaistua jatkuvasti ja tämä aiheuttaa tarpeen uusien mikrotukihenkilöiden palkkaamiselle.

Yleisesti teknologisoitumiskehityksellä terveydenhuollossa koettiin olevan jokseenkin yhtäläillä positiivisia ja negatiivisia vaikutuksia. Positiivisia asioita nähtiin olevan hoidon laadun paraneminen tiedonkulun helpottumisen myötä niin terveydenhuollon eri toimijoiden kuin myös asiakkaan ja hoitohenkilökunnan kesken. Lisäksi potilaan mahdollisuudet ottaa itse selvää sairauksista tai hoitopaikoista kasvavat. Merkittävin negatiivinen asia, joka vastauksissa tuli esille, oli pelko hoitotapahtuman muuttumisesta vähemmän ihmisläheiseksi. Jos kontakti asiakkaaseen menee liian teknologiavälitteiseksi, voi kontakti potilaaseen ja näin hoidon taso kärsiä.

4.1.3 Terveysalan tarpeet ja koulutusjärjestelmä tulevaisuudessa

Yhteistyötarpeet tulevat sosiaali- ja terveysalojen välillä vastaajien mukaan olemaan tulevaisuudessakin jokseenkin samat kuin nykyään. Suurimmat yhteistyötarpeet ovat vanhustenhuollossa ja lasten ja nuorten palveluissa. Yhteistyön merkityksen nähtiin kasvavan tulevaisuudessa erityisesti vanhusten palveluissa. Suurimpana yhteistyön esteenä alojen välillä pidettiin reviiriajattelua ja liian kapeaa näkökulmaa. Toisen alan työn luonteen ja tekijöiden tuntemus on puutteellista, eivätkä yhteiset tavoitteet ole aina selvillä. Vaikka halua yhteistyöhön olisikin, on liiallinen kiire syynä siihen, ettei yhteistyömahdollisuuksien kartoittamiseen tai kehittämiseen ole voimavaroja. Myös yhteensopimattomat tietojärjestelmät eri sektoreiden välillä hankaloittavat yhteistyötä. Yhteistyön parantamisen keinoina nähtiin reagoiminen edellisessä kohdassa mainittuihin ongelmiin, yhteisten tavoitteiden selkeyttämi-

nen, tietojärjestelmien yhteensovittaminen sekä kokonaisnäkemyksen ja yhteistyön merkityksen korostaminen jo peruskoulutusvaiheessa.

Suhtautuminen muuntokoulutukseen oli jokseenkin pessimististä. Sitä ei pidetty erityisen hyvänä ideana. Terveysalaa pidetään niin vaativana, ettei muilta aloilta helposti voi tälle alalle kouluttautua, alanvaihtoa haluavan tulisi vastaajien mielestä käydä sama koulutusputki läpi kuin kaikkien muidenkin. Ulkomaalaisten terveydenhuoltoalan ammattilaisten muuntokoulutus suomalaisia osaamisvaatimuksia vastaavaksi oli likipitään ainoa muuntokoulutuksen alue, jonka järjestäminen sai kannatusta.

Seuraavassa osiossa tiedusteltiin miten eri tutkintojen tarve tulee kehittymään vuoteen 2015 mennessä. Taulukossa 9 on listattuna ammatilliset perustutkinnot. (1= mainitun alan koulutustarve vähenee merkittävästi, 5= mainitun alan koulutustarve lisääntyy merkittävästi.)

	1	2	3	4	5
hammaslaborantti (ka: 3.02; yht: 49)	0% 0	18.4% 9	63.3% 31	16.3% 8	2% 1
farmanomi (ka: 3.245; yht: 49)	0% 0	12.2% 6	57.1% 28	24.5% 12	6.1% 3
lähihoitaja – ensihoito (ka: 3.125; yht: 48)	2.1% 1	18.8% 9	47.9% 23	27.1% 13	4.2% 2
lähihoitaja – kuntoutus (ka: 3.396; yht: 48)	4.2% 2	8.3% 4	37.5% 18	43.8% 21	6.3% 3
lähihoitaja – lasten ja nuorten hoito ja kasvatus (ka: 3.102; yht: 49)	0% 0	26.5% 13	44.9% 22	20.4% 10	8.2% 4
lähihoitaja – mielenterveys- ja päihdetyö (ka: 3.776; yht: 49)	2% 1	4.1% 2	30.6% 15	40.8% 20	22.4% 11
lähihoitaja – sairaanhoito ja huolenpito (ka: 3.776; yht: 49)	0% 0	6.1% 3	24.5% 12	55.1% 27	14.3% 7
lähihoitaja – suu- ja hammashoito (ka: 3.041; yht: 49)	2% 1	24.5% 12	44.9% 22	24.5% 12	4.1% 2
lähihoitaja – vammaistyö (ka: 3; yht: 48)	2.1% 1	8.3% 4	79.2% 38	8.3% 4	2.1% 1
lähihoitaja – vanhustyö (ka: 4.25; yht: 48)	0% 0	0% 0	12.5% 6	50% 24	37.5% 18
lähihoitaja – asiakaspalvelu ja tietohallinta (ka: 3.146; yht: 48)	6.3% 3	16.7% 8	41.7% 20	27.1% 13	8.3% 4

Taulukko 9. Sosiaali- ja terveysalan perustutkintojen tarpeen kehittyminen 2005–2015 terveysalan vastaajien näkökulmasta.

Taulukossa 10 on listattu ammattikorkeakoulututkinnot (1= mainitun alan koulutustarve vähenee merkittävästi, 5= mainitun alan koulutustarve lisääntyy merkittävästi.)

	1	2	3	4	5
apuvälineteknikko (ka: 3.426; yht: 47)	0% 0	0% 0	61.7% 29	34% 16	4.3% 2
bioanalyytikko (ka: 3.479; yht: 48)	0% 0	10.4% 5	43.8% 21	33.3% 16	12.5% 6
ensihoitaja (ka: 3.5; yht: 48)	0% 0	0% 0	56.3% 27	37.5% 18	6.3% 3
fysioterapeutti (ka: 3.396; yht: 48)	0% 0	2.1% 1	62.5% 30	29.2% 14	6.3% 3
geronomi (ka: 3.674; yht: 46)	0% 0	2.2% 1	41.3% 19	43.5% 20	13% 6
hammasteknikko (ka: 2.979; yht: 47)	2.1% 1	14.9% 7	66% 31	17% 8	0% 0
jalkaterapeutti (ka: 3.292; yht: 48)	0% 0	2.1% 1	68.8% 33	27.1% 13	2.1% 1
kuntoutuksen ohjaaja (ka: 3.438; yht: 48)	0% 0	2.1% 1	58.3% 28	33.3% 16	6.3% 3
kättilö (ka: 2.87; yht: 46)	2.2% 1	26.1% 12	56.5% 26	13% 6	2.2% 1
naprapaatti (ka: 2.957; yht: 47)	2.1% 1	12.8% 6	72.3% 34	12.8% 6	0% 0
optometristi (ka: 3.043; yht: 47)	2.1% 1	8.5% 4	72.3% 34	17% 8	0% 0
osteopaatti (ka: 2.911; yht: 45)	4.4% 2	15.6% 7	64.4% 29	15.6% 7	0% 0
röntgenhoitaja (ka: 3.468; yht: 47)	0% 0	10.6% 5	42.6% 20	36.2% 17	10.6% 5
sairaanhoitaja (ka: 4.208; yht: 48)	0% 0	0% 0	18.8% 9	41.7% 20	39.6% 19
sosionomi (ka: 3.313; yht: 48)	0% 0	8.3% 4	60.4% 29	22.9% 11	8.3% 4
suuhygienisti (ka: 3.489; yht: 47)	0% 0	4.3% 2	46.8% 22	44.7% 21	4.3% 2
terveydenhoitaja (ka: 3.766; yht: 47)	0% 0	2.1% 1	36.2% 17	44.7% 21	17% 8
toimintaterapeutti (ka: 3.727; yht: 44)	0% 0	0% 0	34.1% 15	59.1% 26	6.8% 3

Kuvio 10. Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkintojen tarpeen kehittyminen 2005–2015 terveysalan vastaajien näkökulmasta

Taulukossa 11 on listattu yliopistotutkinnot (1= mainitun alan koulutustarve vähenee merkittävästi, 5= mainitun alan koulutustarve lisääntyy merkittävästi.)

	1	2	3	4	5
hammaslääkäri (ka: 3.429; yht: 49)	0% 0	4.1% 2	53.1% 26	38.8% 19	4.1% 2
lastentarhanopettaja (ka: 2.898; yht: 49)	0% 0	28.6% 14	57.1% 28	10.2% 5	4.1% 2
lääkäri (ka: 3.592; yht: 49)	0% 0	4.1% 2	42.9% 21	42.9% 21	10.2% 5
sosiaalityöntekijä (YTM/VTM) (ka: 3.592; yht: 49)	0% 0	4.1% 2	44.9% 22	38.8% 19	12.2% 6
terveystieteiden maisteri (ka: 3.6; yht: 50)	2% 1	4% 2	44% 22	32% 16	18% 9
ammatilliset lisensiaattitutkinnot (sosiaalityö) (ka: 3.255; yht: 47)	2.1% 1	4.3% 2	63.8% 30	25.5% 12	4.3% 2
ka: 3.396; yht: 293	0.7% 2	8.2% 24	50.9% 149	31.4% 92	8.9% 26

Kuvio 11. Sosiaali- ja terveysalan ylempien korkeakoulututkintojen tarpeen kehittyminen 2005–2015 terveysalan vastaajien näkökulmasta

Suuria muutoksia ei uskottu eri koulutusasteiden välisissä suhteellisissa määrissä tapahtuvan. Vastaukset hajosivat jokseenkin paljon. Yleisimmin uskottiin alemman korkea-asteen osaajien tarpeen jonkin verran kasvavan.

Syvämmän erikoistumisen sosiaali- ja terveysalalla nähtiin pääosin etenevän ilman, että sitä tarvitsisi sen enempää ohjata. Joitakin esille tulleita erikoistumaisen aloja kuitenkin tuli esille. Tällaisia olivat esimiestaidot, informaatioteknologian hyödyntäminen ja vanhusten ja nuorten, erityisesti maahanmuuttajien sosiaaliset ongelmat. Sosiaali- ja terveydenhuoltoon kaivattiin generalisteja, joilla olisi hyvä kuva koko sosiaali- ja terveydenhuollon kentästä.

Kysymyksessä suurimmista tarpeista terveysalan täydennyskoulutuksesta vastaukset hajosivat melkoisesti. Lääkärien ja esimiesasemassa olevien sairaanhoitajien esimiestaitojen kehittäminen sekä tietoteknisten valmiuksien parantaminen tulivat esille useimmin. Täydennyskoulutusta voi käyttää alalla toimivan kouluttamattoman tai alikoulutetun väen koulutukseen.

Vastaajien mukaan yksityiset palveluntarjoajat ovat todennäköisesti tulossa myös koulutustarjonnan markkinoille. Kysymykseen, mille aloille ja miten, ei kuitenkaan saatu kommentteja.

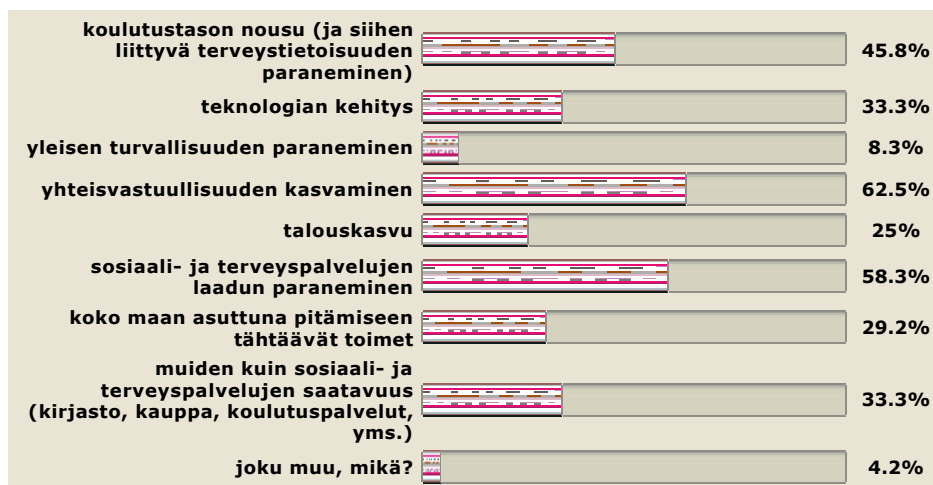
Sosiaali- ja terveysalan koulutuksen suurimpana epäkohtana pidettiin, että kouluissa opetettava käytäntö ja teoria eivät kohtaa. Lähihoitaja- ja sairaanhoitajakoulutus eivät tarjoa riittäviä käytännön valmiuksia työelämän kannalta. Liian suuri osuus käytännön koulutuksesta jää sairaalaharjoittelun varaan. Myös osastonhoitajien koulutuksessa nähtiin puutteita. Lisäksi toivottiin opintojen vaatimustasoa erityisesti ”kovan faktan” osalta nostettavan. Koulutuksen aloituspaikkojen maantieteelliseen sijoittumiseen toivottiin myös kiinnitettävän huomiota. Epäkohtana nykyisin on aloituspaikkojen keskittyminen niille paikkakunnille, joissa on jo työvoimaa. Lääkärien koulutusputki on liian pitkä. Erikoistumisineen se saattaa kestää jopa 20 vuotta. Tämän ajan lääkärit ovat sidottuina lääketieteen yliopisto-opetusta tarjoavien kaupunkien läheisyyteen.

Viimeisenä kysymyksenä tiedusteltiin tulevaisuuden kannalta tärkeimpiä tutkimus- ja kehitystarpeita. Tutkimus- ja kehitystarpeita selvästi on sosiaali- ja terveysalalla runsaasti. Tästä kielii muun muassa vastaajien tärkeimpinä pitämien kehittämiskohteiden suuri hajonta. Eniten mainintoja sai terveydenhuollon rakenteiden ja kustannusvaikuttavuuden arviointi. Myös hoitotyön koulutuksen ja työelämän tarpeiden vastaavuuden tutkimus mainittiin useammin kuin kerran.

4.2 Sosiaalialan vastaukset

4.2.1 Hyvinvoinnin yleinen kehitys tulevaisuudessa

Kuten terveysalan kyselyssä, myös sosiaalialan lomakkeessa ensimmäinen kysymys koski hyvinvoinnin kehittymistä vahvistavia tekijöitä 2005–2015. Seuraavalla sivulla oleva taulukko kuvaa vastausjakautumaa.



Kuvio 12. Sosiaalialan vastaajien näkemys tärkeimmistä hyvinvointia vahvistavista tekijöistä

Jakauma on hieman erinäköinen kuin edellisessä luvussa esitellyssä terveysalan vastaajien näkemyksiä kuvaavassa diagrammissa. Sosiaalialan vastaajat pitivät tärkeimpänä hyvinvointiin vaikuttavana tekijänä yhteisvastaavuuden kehittymistä, terveysalan vastaajien tärkeimpänä pitämän koulutustason nousun sosiaalialan vastaajat arvottivat vasta kolmanneksi tärkeimmäksi. Neljänneksi tärkeimpänä pidettiin muiden kuin sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuutta. Kuten jo luvussa 4.1.1. todettiin, piti 44,4 % yhdistetyn lomakkeen vastaajista tätä seikkaa tärkeimpien hyvinvointia vahvistavien tekijöiden joukkoon kuuluvana. Sosiaalialan lomakkeessa tätä muiden palvelujen saatavuutta arvoettiin vielä omana kysymyksenään myöhemmin kyselyssä. Tällöin esitettiin kysymys siitä pitäisikö kauppojen, postien, koulujen ym. sosiaali- ja terveysalaan suoraan liitty-mättömien palvelujen saatavuutta tukea osana ennaltaehkäisevää sosiaali- ja terveystyötä. Tätä kantaa puolsi, samoin kuin terveysalan vastauksissa, yli 80 % vastaajista.

Sosiaalialan vastaajien suurimpina hyvinvoinnin haasteina vuosien 2005 ja 2015 pitämät asiat ovat kuvattuna seuraavalla sivulla olevassa kuviossa 13. Hyvinvoinnin kehittymisen kannalta keskeisimpien haasteiden osalta vastaukset olivat sosi-aali- ja terveysryhmien kesken melko pitkälle yhteneväisiä. Ikääntyminen ja eri-arvoistuminen nähtiin molemmissa tärkeimpänä kaksikkona, ainoastaan näiden keskinäinen järjestys oli sosiaali- ja terveysryhmien välillä eri.

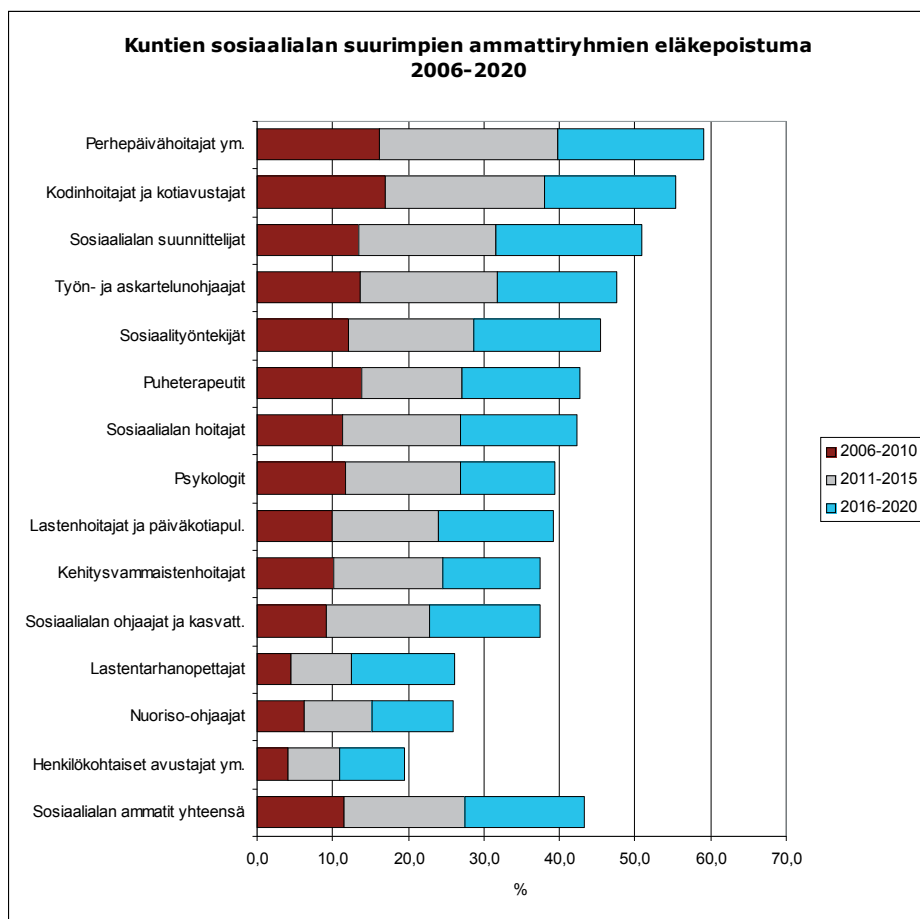


Kuvio 13. Sosiaalialan vastaajien näkemys tärkeimmistä hyvinvoinnin kehittymisen haasteista

4.2.2 Sosiaaliala tulevaisuudessa

työvoimantarve tulevaisuudessa

Samoin kuin terveysalalla, myös sosiaalialalla ammattilaisten nopea eläköityminen on keskeisin tulevaisuudessa alaan kohdistuva trendi. Seuraavalla sivulla olevassa kuviossa 14 on Kuntien eläkevakuutuksen tuottama taulukko, joka kuvaa kuntien sosiaalialan suurimpien ammattiryhmien suhteellista eläkepoistumaa kolmen eri ajanjakson, viiden, kymmenen ja viidentoista vuoden päähän. Erityisen huolestuttavaa tässä taulukossa on kodinhoitajien ja kotiavustajien lähivuosina koittava suuri eläköityminen. Vuoteen 2020 mennessä näiden alojen nykyisestä työvoimasta siirtyy eläkkeelle yli puolet. Samanaikaisesti näiden alojen työvoimantarpeen ennakoidaan nykyisestä kasvavan.



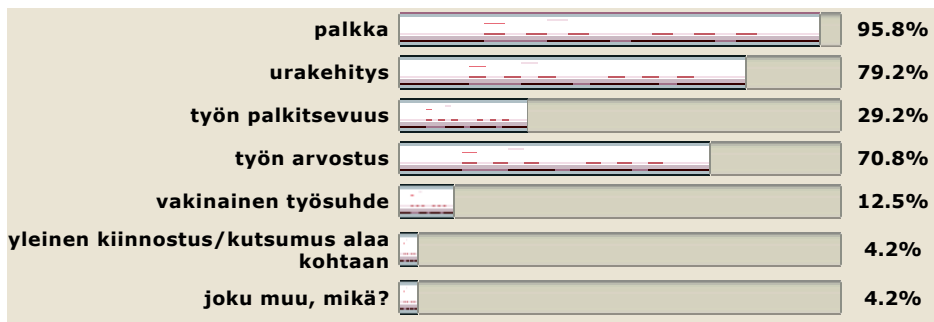
Kuvio 14. Kuntien sosiaalialan suurimpien ammattiryhmien eläkepoistuma 2006–2020 (lähde: Kuntien eläkevakuutus)

Kyselyssä vastaajat ilmaisivat näkemyksiään sosiaalipalvelun tarpeen ja tarjonnan kehittymisestä tulevaisuudessa. Väestön ikääntyminen näkyy ikääntyneille tarjottavien sosiaalipalvelujen tarpeen selvänä kasvuna tulevaisuudessa. Muun väestön osalta vastaajat olettivat palveluntarpeen joko pysyvän ennallaan tai hieman kasvavan. Vastaajat eivät uskoneet sosiaalipalvelujen saatavuuden olevan tulevaisuudessa samantasoista maan eri osissa. Yhteiskunnan polarisoitumiskehityksen uskottiin tulevaisuudessa voimistuvan ja tämä näkyy siten, että huono-osaisiin osa joukosta syrjäytyy niin että ovat välinpitämättömiä omien oikeuksiensa suhteen ja ovat näin entistä hankalammin sosiaalipalvelujen tavoitettavissa. Skaalan toisessa päässä

vauraampi väestönosa taas hoitaa entistä enemmän sosiaali- ja terveystalvvelunsa omatoimisesti eikä tai käytä kaipa julkisten palveluntuottajien palveluja.

Kysyttäessä henkilökunnan nopean eläköitymisen aiheuttamista haasteista myö-
tällivät sosiaalialan vastaajien näkemykset terveysalan vastaajien kantoja. Pelättiin,
että nopean eläköitymisen myötä katoaa paljon hiljaista tietoa. Järjestelmän uudis-
tumista peräänkuulutettiin, sillä nykyisellään työntekijän kehittymis- ja etenemis-
mahdollisuudet tai palkkaus eivät houkuttele alalle tulemiseen tai alalla pysymi-
seen.

Työvoimapulan arvioitiin olevan tulevaisuudessa tosiasia jotakuinkin kaikilla so-
siaalitalvön osa-alueilla. Tämä johtuu alan heikosta vetovoimasta ja työn määrän
kasvusta. Sosiaalialaa uhaavaa työvoimapulaa voitaisiin helpottaa saamalla muilla
aloilla työskenteleviä siirtymään sosiaalialalle. Alalle uusia työntekijöitä mahdolli-
sesti houkuttelevia vetovoimatekijöitä selvitettiin kysymällä vastaajien näkemystä
tärkeimmistä tekijöistä, joihin vaikuttamalla väkeä (erityisesti miehiä) saataisiin
siirtymään sosiaalialalle. Seuraava diagrammi kuvaa vastaajien näkemyksiä.



Kuvio 15. Keinoja joilla saadaan työntekijöitä houkuteltua sosiaalialalle

Palkka, urakehitys ja työn arvostus olivat siis tärkeimpiä alalle vetäviä tekijöitä. Sa-
mat tekijät olivat tärkeimpien joukossa myös kun kysyttiin tekijöistä, jotka eniten
vaikuttavat työviihtyvyyteen ja alalla pysymiseen. Vaikutusmahdollisuudet omaan
työhön, työn arvostus ja hyvä johtaminen tulivat myös esille merkittävinä alalla
pysymistä edistävinä tekijöinä. Yhdistetyn lomakkeeseen vastanneiden vastaukset

vetovoimatekijöiden osalta olivat lähes identtisiä, alalla pitävien tekijöiden kohdalla vastauksissa oli eroa ainoastaan siinä että yhdistetyn lomakkeen vastaajat pitivät turvattua työ sopimusta merkittävänä alalla pitävänä tekijänä.

Suurin tarve työvoimalle tulee olemaan vanhustenhuollon ja vammaistyön perushoivatyössä. Työvoimatarpeen vähenemistä epäiltiin saattavan tapahtua niillä sosiaalipalvelun osa-alueilla, jotka koskettavat aktiivi-ikäistä väestöä. Toimeentulopalvelujen tarpeen epäiltiin vähenevän kun nyt vaivaava työttömyys muuttuu tulevaisuudessa työvoimapolaksi, entistä useammalla on työtä ja toimeentulon tukipalvelujen tarve vähenee. Päivähoidon ja varhaiskasvatuksen työvoimatarpeiden ennustettiin myös vähenevän ikäluokkien pienentyessä.

Päivähoidossa tulee tosin olemaan alueellisesti suuria eroavaisuuksia. Kaupunkikeskuksissa tarve säilynee jotakuinkin entisellään. Muutenkin sosiaalihuollon tarpeet tulevat eroamaan jonkin verran maan eri osissa. Syrjäseuduilla tarpeet keskittyvät enemmän hoivatyöhön, kaupungeissa enemmän ongelmatapausten, esim. päihderiippuvaisten hoitoon. Tarpeiden erilaisuus seutujen välillä vaikuttaa myös siten, että tulevaisuudessa maaseudulla toimivalta sosiaalialan työntekijältä vaaditaan entistä enemmän moniosaamista, kaupungeissa sosiaalialan työntekijöiden osaaminen ja työnkuva voi olla erikoistuneempaa. Erikoispalveluitakin tuotetaan kuitenkin suuremmissa yksiköissä kuin nykyisin.

sosiaalialan rakenne tulevaisuudessa

Vastaajien näkemyksen mukaan tulevaisuudessa julkisen sektorin hallinnoimien sosiaalipalvelujen tuottajien määrä on pienentynyt ja yksityisten palveluntuottajien määrä kasvanut. Tämä kanta käy ilmi myös alla olevasta taulukosta. (1=mainitun tahon merkitys vähenee merkittävästi, 5=mainitun tahon merkitys lisääntyy merkittävästi.)

	1	2	3	4	5
valtio (ka: 3; yht: 22)	4.5% 1	22.7% 5	50% 11	13.6% 3	9.1% 2
kunta (ka: 2.864; yht: 22)	0% 0	31.8% 7	59.1% 13	0% 0	9.1% 2
kolmas sektori (ka: 3.773; yht: 22)	0% 0	4.5% 1	22.7% 5	63.6% 14	9.1% 2
julkisten tahojen omistamat yritykset (ka: 3.773; yht: 22)	0% 0	9.1% 2	18.2% 4	59.1% 13	13.6% 3
yksityiset yritykset (ka: 4.182; yht: 22)	0% 0	0% 0	13.6% 3	54.5% 12	31.8% 7
maakunta (ka: 3.182; yht: 22)	4.5% 1	9.1% 2	59.1% 13	18.2% 4	9.1% 2
EU (ka: 2.905; yht: 21)	4.8% 1	19% 4	61.9% 13	9.5% 2	4.8% 1
joku muu taho (kirjoita taho kohtaan 6.4) (ka: 3.111; yht: 9)	11.1% 1	11.1% 1	33.3% 3	44.4% 4	0% 0

Kuvio 16. Näkemyksiä sosiaalihuollon tuottajatahojen merkityksen muuttumisesta 2005–2015

Verrattuna terveyspalveluihin on yksityisten yritysten osuus tulevaisuuden tuottajakentästä sosiaalialalla jonkin verran alhaisempi. Tämä siksi, etteivät sosiaalipalvelujen markkinat toimi normaalien hyödykkeiden markkinoiden tapaan. Toisin kuten usein terveyspuolella, sosiaalipalveluissa kysyntä ei luo automaattisesti tarjontaa, koska kysyntäosapuolella ei yleensä ole varaa palveluita ostaa vaan maksajana on yhteiskunta. Julkinen sektori on sosiaalipalveluissa lähes aina siis joko tuottajana tai tilaaja-asiakkaana. Yksityisten palveluntuottajien kasvuun vaikuttaa täten suurelta osin julkisen sektorin halukkuus siirtää aikaisemmin itse tuottaamaansa palvelua ulkopuolisen hoidettavaksi ja maksaa siitä. Vastaajat ennakoivat kuitenkin, että tällaista palvelujentuottamisen yksityistämistä tulee enenevässä määrin tapahtumaan. Yksityistämiskehitys toteutuessaan vaikuttaa enemmän kaupunkiseuduilla, haja-asutusalueilla julkisilla toimijoilla enemmän vastuuta.

Seuraavalla sivulla oleva kuvio 17 kuvaa vastaajien näkemystä sosiaalipalvelujen rahoittajatahojen muutoksesta: (1=mainitun tahon merkitys vähenee merkittävästi, 5=mainitun tahon merkitys lisääntyy merkittävästi.)

	1	2	3	4	5
valtio (ka: 3.273; yht: 22)	9.1% 2	9.1% 2	31.8% 7	45.5% 10	4.5% 1
kunta (ka: 2.955; yht: 22)	0% 0	27.3% 6	59.1% 13	4.5% 1	9.1% 2
Kela (ka: 3.636; yht: 22)	0% 0	0% 0	45.5% 10	45.5% 10	9.1% 2
potilas itse/potilaan omaiset (sis. vapaaehtoiset vakuutukset) (ka: 4.273; yht: 22)	0% 0	0% 0	4.5% 1	63.6% 14	31.8% 7
maakunta (ka: 2.952; yht: 21)	9.5% 2	9.5% 2	57.1% 12	23.8% 5	0% 0
EU (ka: 2.81; yht: 21)	4.8% 1	33.3% 7	38.1% 8	23.8% 5	0% 0
joku muu taho (kirjoita taho kohtaan 6.2) (ka: 3.111; yht: 9)	11.1% 1	11.1% 1	33.3% 3	44.4% 4	0% 0

Kuvio 17. Näkemyksiä sosiaalihuollon rahoittajatahojen merkityksen muuttumisesta 2005–2015

Sosiaalialan toimintamallien kehitystä vuoden 2005 ja 2015 välillä kuvaa alla oleva taulukko. (1=mainitun toimintamallin merkitys vähenee merkittävästi, 5=mainitun toimintamallin merkitys lisääntyy merkittävästi.)

	1	2	3	4	5
laitoshoito (ka: 2.652; yht: 23)	4.3% 1	60.9% 14	17.4% 4	0% 0	17.4% 4
avopalvelut (ka: 4.217; yht: 23)	0% 0	4.3% 1	8.7% 2	47.8% 11	39.1% 9
omaishoito (ka: 3.957; yht: 23)	0% 0	4.3% 1	26.1% 6	39.1% 9	30.4% 7
itsehoito (ka: 4.087; yht: 23)	0% 0	0% 0	26.1% 6	39.1% 9	34.8% 8
vapaaehtoistyö (ka: 3.609; yht: 23)	0% 0	0% 0	52.2% 12	34.8% 8	13% 3
yhteisöllinen työ (ka: 3.696; yht: 23)	0% 0	8.7% 2	26.1% 6	52.2% 12	13% 3
rakenteellinen työ (ka: 3.652; yht: 23)	0% 0	8.7% 2	26.1% 6	56.5% 13	8.7% 2
ennaltaehkäisevä työ (ka: 4.087; yht: 23)	0% 0	4.3% 1	17.4% 4	43.5% 10	34.8% 8
omalääkäri (ka: 3.565; yht: 23)	0% 0	26.1% 6	17.4% 4	30.4% 7	26.1% 6
joku muu (kirjoita tekijä kohtaan 7.4) (ka: 1; yht: 1)	100% 1	0% 0	0% 0	0% 0	0% 0

Kuvio 18. Näkemyksiä sosiaalihuollon toimintamallien merkityksen muuttumisesta 2005–2015

Sosiaalialan sisäisten rakenteiden muutoksista kysyttäessä vastaajat näkivät suurimpien muutosten liittyvän poikkisektoraalisen yhteistyön lisääntymiseen, työnjaon muuttamiseen sekä sosiaalihuollon palveluketjujen horisontaaliseen ja vertikaaliseen yhdistämiseen. Poikkisektoraalisen yhteistyön muodoista tärkein on yhteistyö terveysalan suuntaan. Vastaajat näkivät sosiaali- ja terveyspalvelujen välisen rajan jokseenkin keinoitekoisena ja vastaajien mukaan tällaisista sektorirajoista tulisi päästä eroon. Ehdotettiin koulutuksen ja arkipäivän työn nykyistä pidemmälle menevää yhdistämistä ja toivottiin tulevaisuudessa olevan enemmän sosiaali- ja terveysalan moniosaajia. Yhteistyön tulisi ulottua aina hallinto- ja johtotasolle asti. Samoin kuten terveyspuolen vastauksissa myös sosiaalialan vastaajat kokivat suurimpana yhteistyön esteenä reviirijattelun. Toisen alan työn luonteen ja tekijöiden tuntemus on puutteellista, yhteiset tavoitteet eivät ole aina selvillä. Peruskoulutuksen eroista johtuu, että aloilla puhutaan ikään kuin eri kielillä. Sosiaaliala katsoo asiaa enemmän kokonaisuutena ja yhteiskunnalliset olosuhteet huomioiden ongelmien ennaltaehkäisyyn näkökulmasta kun taas terveysala hoitaa tarkkaan määriteltä ja diagnosoitua ongelmaa. Erilaiset ajattelutavat vaikeuttavat yhteistyötä. Useimmin mainittuna keinona purkaa yhteistyötä hankaloittavia esteitä oli peruskoulutuksen tasolta lähtevä yhteisten tavoitteiden oivaltaminen. Laaja-alaisempi ihmiskäsitys ja sosiaali- ja terveystoimien organisaattorinen yhteenliittäminen. Näin molemminpuolinen arvostus kasvaa ja yhteistyön mahdollisuudet paranevat.

Sosiaalialan koulutusverkoston kehittymisen tulevaisuuden osalta toiveena oli, että koulutusta olisi tulevaisuudessakin saatavilla maan kaikilla alueilla. Vastaajat kuitenkin uskovat koulutuksen keskittyvän ja joidenkin koulutusohjelmien kuten ammattikorkeakoulu- ja yliopistotasaisen opetuksen yhdistyvän (tähän teemaan palattiin verstaissa). Koulutusmäärien uskottiin saattavan jonkin verran laskea. Yksityistämisen uskottiin jonkin verran vaikuttavan myös sosiaalialan koulutuskenttään. Hieman yli puolet vastaajista koki, että vuonna 2015 sosiaalialalla on nykyistä enemmän yksityissektorilla toimivia koulutuksen tarjoajia.

sosiaalialan työntekijät tulevaisuudessa

Ulkomaalaistaustaisten asiakkaiden ja työntekijöiden aiheuttamat muutostarpeet eivät myöskään sosiaalialan vastauksissa tarjonneet paljoakaan uutta tietoa. Tärkeimpänä ulkomaalaisten asiakkaiden aiheuttamana muutostarpeena nähtiin kieli- ja kulttuurituntemuksen lisääminen. Ulkomaalaistaustaisten työntekijöiden aiheuttamat muutostarpeista tärkeimpinä pidettiin kieli- ja kulttuurituntemuksen lisäämisen ohella arvomaailman ja asenteiden tarkistamista suvaitsevaisuuden kasvattamiseksi. Tärkeimpänä maahanmuuttajien lähtömaana nähtiin vuonna 2015 Venäjä.

sosiaalialan tulevaisuuden teknologiat

Verrattuna terveysalaan sosiaalialan vastaajat eivät nähneet tieto- ja viestintäteknologian kehittymisen tuovan aivan samanlaisia hyötyjä. Oheinen taulukko kuvaa sosiaalialan vastaajien näkemystä siitä minkä alojen palvelusovellukset tulevat merkittävimmin vaikuttamaan sosiaali- ja terveysalalla vuoteen 2015 mennessä.



Kuvio 19. Merkittävimmät uudet teknologiasovellukset sosiaalialalla

Näkemykset teknologisoitumiskehityksen vaikutuksista sosiaalialaan olivat, kuten terveysalankin vastaajilla oman alansa kehitykseen, kaksitahoisia. Toisaalta uusi teknologia helpottaa sosiaalityön tekijän ja asiakkaan välistä tiedonvaihtoa ja hel-

pottaa tiedon päivittämistä ja saatavuutta, toisaalta vaarana kuitenkin on läheisyyden ja ihmiskontaktin väheneminen. Teknologia tulee pitää apuvälineen roolissa. Vastaajat kokivat sosiaalialan olevan jäljessä kehityksestä teknologian hyödyntämisessä. Asenteet teknologian käyttöä kohtaan ovat epäileviä ja asennemuutos tällä alueella olisi tarpeen. Teknologian kehittymisestä johtuvia uusia osaamistarpeita ei juurikaan nähty. Koettiin, että ensin pitäisi saada perusosaaminen kuntoon sosiaalialan asiantuntijoille. Mahdollisten uusien sovellusten ja käyttökohteiden kehittämiseen tarvitaan sosiaalialan tarpeita hallitsevia atk-alan ammattilaisia.

4.2.3 Sosiaalialan tarpeet ja koulutusjärjestelmä tulevaisuudessa

Seuraavassa osiossa tiedusteltiin miten eri tutkintojen tarve tulee kehittymään vuoteen 2015 mennessä. Tulokset ovat esiteltynä kahdella seuraavalla sivulla kuvissa 20, 21 ja 22. Ensimmäisessä taulukossa on listattuna ammatilliset perustutkinnot, toisessa ammatti- ja korkeakoulututkinnot ja kolmannessa yliopistotutkinnot (1= mainitun alan koulutus- tarve vähenee merkittävästi, 5= mainitun alan koulutustarve lisääntyy merkittävästi.).

	1	2	3	4	5
hammaslaborantti (ka: 3.15; yht: 20)	0% 0	15% 3	55% 11	30% 6	0% 0
farmanomi (ka: 3.3; yht: 20)	0% 0	10% 2	50% 10	40% 8	0% 0
lähihoitaja – ensihoito (ka: 3.545; yht: 22)	0% 0	4.5% 1	36.4% 8	59.1% 13	0% 0
lähihoitaja – kuntoutus (ka: 3.955; yht: 22)	0% 0	9.1% 2	9.1% 2	59.1% 13	22.7% 5
lähihoitaja – lasten ja nuorten hoito ja kasvatus (ka: 3.375; yht: 24)	0% 0	20.8% 5	29.2% 7	41.7% 10	8.3% 2
lähihoitaja – mielenterveys- ja päihdetyö (ka: 4.304; yht: 23)	0% 0	0% 0	0% 0	69.6% 16	30.4% 7
lähihoitaja – sairaanhoito ja huolenpito (ka: 3.739; yht: 23)	0% 0	4.3% 1	26.1% 6	60.9% 14	8.7% 2
lähihoitaja – suu- ja hammashoito (ka: 3.043; yht: 23)	0% 0	17.4% 4	60.9% 14	21.7% 5	0% 0
lähihoitaja – vammaistyö (ka: 3.348; yht: 23)	0% 0	13% 3	52.2% 12	21.7% 5	13% 3
lähihoitaja – vanhustyö (ka: 4.545; yht: 22)	0% 0	0% 0	0% 0	45.5% 10	54.5% 12
lähihoitaja – asiakaspalvelu ja tietohallinta (ka: 3.652; yht: 23)	0% 0	4.3% 1	47.8% 11	26.1% 6	21.7% 5

Kuvio 20. Sosiaali- ja terveysalan perustutkintojen tarpeen kehittyminen 2005–2015 sosiaalialan vastaajien näkökulmasta

	1	2	3	4	5
apuvälineteknikko (ka: 3.15; yht: 20)	0% 0	10% 2	65% 13	25% 5	0% 0
bioanalyytikko (ka: 3.25; yht: 20)	0% 0	10% 2	55% 11	35% 7	0% 0
ensihoitaja (ka: 3.25; yht: 20)	0% 0	10% 2	55% 11	35% 7	0% 0
fysioterapeutti (ka: 3.85; yht: 20)	0% 0	0% 0	20% 4	75% 15	5% 1
geronomi (ka: 4.45; yht: 20)	0% 0	0% 0	10% 2	35% 7	55% 11
hammasteknikko (ka: 3.2; yht: 20)	0% 0	10% 2	60% 12	30% 6	0% 0
jalkaterapeutti (ka: 3.3; yht: 20)	0% 0	5% 1	60% 12	35% 7	0% 0
kuntoutuksen ohjaaja (ka: 3.714; yht: 21)	0% 0	4.8% 1	33.3% 7	47.6% 10	14.3% 3
kättilö (ka: 2.667; yht: 21)	4.8% 1	28.6% 6	61.9% 13	4.8% 1	0% 0
naprapaatti (ka: 3; yht: 20)	5% 1	5% 1	75% 15	15% 3	0% 0
optometristi (ka: 3; yht: 19)	0% 0	5.3% 1	89.5% 17	5.3% 1	0% 0
osteopaatti (ka: 3.158; yht: 19)	0% 0	5.3% 1	73.7% 14	21.1% 4	0% 0
röntgenhoitaja (ka: 3.286; yht: 21)	0% 0	4.8% 1	66.7% 14	23.8% 5	4.8% 1
sairaanhoidaja (ka: 3.857; yht: 21)	0% 0	0% 0	28.6% 6	57.1% 12	14.3% 3
sosionomi (ka: 3.591; yht: 22)	0% 0	9.1% 2	31.8% 7	50% 11	9.1% 2
suuhygienisti (ka: 3.238; yht: 21)	0% 0	9.5% 2	61.9% 13	23.8% 5	4.8% 1
terveydenhoitaja (ka: 3.476; yht: 21)	0% 0	0% 0	57.1% 12	38.1% 8	4.8% 1
toimintaterapeutti (ka: 3.9; yht: 20)	0% 0	0% 0	25% 5	60% 12	15% 3

Kuvio 21. Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkintojen tarpeen kehittyminen 2005–2015 sosiaalialan vastaajien näkökulmasta

	1	2	3	4	5
hammaslääkäri (ka: 3.364; yht: 22)	0% 0	4.5% 1	54.5% 12	40.9% 9	0% 0
lastentarhanopettaja (ka: 2.565; yht: 23)	0% 0	52.2% 12	39.1% 9	8.7% 2	0% 0
lääkäri (ka: 3.5; yht: 22)	0% 0	0% 0	54.5% 12	40.9% 9	4.5% 1
sosiaalityöntekijä (YTM/VTM) (ka: 3.826; yht: 23)	0% 0	0% 0	26.1% 6	65.2% 15	8.7% 2
terveystieteiden maisteri (ka: 3.318; yht: 22)	0% 0	4.5% 1	59.1% 13	36.4% 8	0% 0
ammattilliset lisensiaattitutkinnot (sosiaalityö) (ka: 3.696; yht: 23)	0% 0	8.7% 2	17.4% 4	69.6% 16	4.3% 1

Kuvio 22. Sosiaali- ja terveysalan ylempien korkeakoulututkintojen tarpeen kehittyminen 2005–2015 sosiaalialan vastaajien näkökulmasta

Sosiaalialan aloituspaikkojen kokonaismäärän uskottiin jonkin verran laskevan, mutta pysyvän suhteellisesti nykyisellä tasollaan. Keskittymisen suurempiin koulutusyksiköihin epäiltiin olevan mahdollista. Monet vastaajista kokivat että toisen tason ja koulutuksen osuutta tulisi kasvattaa. Ammattikorkeakoulu- ja yliopistotason koulutuksen toivottavista kehityssuunnista ei löytynyt selvää trendiä.

Syvämmän erikoistumisen tarve sosiaali- ja terveysalalla liittyy lähinnä kokonaisuuden parempaan hallintaan. Tämä liittyy jo aiemmin mainittuun tarpeeseen saada kokonaisvaltaista yhteistyötä sosiaali- ja terveysalojen välille. Myös ihmishuhdetaitoja erityisesti henkilöstön johtohenkilöiden kohdalla olisi kehitettävä. Useita erityisaloja, joilla erikoistumiskoulutusta tulisi kehittää mainittiin, mutta hajonta oli eri kehittämisalueiden kesken suurta. Yksittäisistä aihealueista eniten mainintoja sai vanhus- ja vammaistyön koulutuksen lisääminen ammattikorkeakoulu-tasolla.

Sosiaalityö osoittautui vastauksissa tärkeimmäksi täydennyskoulutuksen kohteeksi. Seuraavaksi useimmin mainittiin vanhustyö, päihdetyö ja lastensuojelu. Kysyttäessä koulutuksen suurimmista epäkohdista nykyisin tuli esille samankaltaisia ongelmia kuin terveyspuolen vastauksissa. Suurena puutteena on, etteivät kouluissa opetettava käytäntö ja teoria kohtaa. Tämä pätee sitä voimakkaammin mitä korkeammalle koulutustasolle mennään. Koulutuksen painopistealueiden tulisi määräytyä aina kulloinkin vallitsevan tarpeen mukaan, nyt näin ei ole.

Tulevaisuuden kannalta tärkeimmät tutkimus- ja kehitystarpeet ovat sosiaalialan vastaajienkin mielestä sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden ja sosiaalityön ennaltaehkäisevän työn vaikuttavuuden arviointi. Ennaltaehkäiseviä toimintatapoja tulisi tutkia ja kehittää. Myös koulutuksen ja työelämän tarpeiden vastaavuuden tutkimus mainittiin useasti. Tällaista tietoa voisi olla helpostikin saatavissa muutama vuoden valmistumisensa jälkeen työkokemusta keränneiltä henkilöiltä.

5. VERSTAIKEN TULOKSET 10.11.2005

10.11.2005 järjestettiin sosiaali- ja terveysministeriön tiloissa Helsingissä tulevaisuusverstasiltapäivä, jossa käsiteltiin sosiaali- ja terveydenhuollon työelämän ja osaamisvaatimusten muutoksia. Verstaan tavoitteena oli jatkotyöstää edellisessä luvussa esitellyn kyselyn tuloksia ja saada tarkennettua kuvaa siitä, mitkä ovat tulevaisuuden haasteiden ratkaisemisen kannalta tärkeimpiä sosiaali- ja terveysalan koulutuksen muutoskohteita.

Verstaspäivän aluksi osallistujat jaettiin asiantuntijuutensa mukaisesti kolmeen ryhmään siten, että kaksi muodostetuista ryhmistä otti käsiteltäväkseen terveysalan kysymykset yhden keskittyessä sosiaalialaan. Ryhmätyön alkajaisiksi jokaiselle osallistujalle jaettiin lista kesällä tehdyn sosiaali- ja terveysalan tulevaisuuden toimintaympäristöä kartoittavan kyselyn vastausaineistosta nostetuista väitteistä. Valtaosa verstaspäivänä käsitellyistä väitteistä käsitteli sosiaali- ja terveysalan tulevaisuuden koulutustarpeita. Suurin osa väitteistä (9 kpl) oli sosiaali- ja terveysryhmille samoja, listojen loppupäätt (sosiaalialan ryhmässä 4, terveysryhmässä 6 listan viimeistä väitettä) olivat teemaryhmissä omanlaisensa. Verstaissa jaetut väitelistat ovat liitteenä raportin lopussa (liite 3).

Osallistujille annettiin kymmenisen minuuttia aikaa tutkailla henkilökohtaisesti listaa ja merkitä listaan jokaisen väitteen kohdalle numeroarvo kuvaamaan näkemystä siitä, miten tärkeä mikäkin kohta (teema) on. Sen jälkeen pisteet laskettiin ryhmäkohtaisesti yhteen ja väitelauseista alettiin keskustella ottamalla käsittelyyn ensin ryhmän tärkeimpänä pitämä (eli eniten pisteitä saanut) teema.

Alla on raportoituna ryhmien työskentelyn tulokset. Läheskään kaikkia verstaaseen tuotuja väitteitä ei ehditty lyhyen verstaspäivän aikana perusteellisesti käsittelemään, mikä oli kuitenkin tiedossa jo verstaaseen mennessä. Arvottamalla väitteet työskentelyn aluksi varmistettiin se, että merkittävimmät aiheet tulevat käsitellyiksi.

5.1 Terveysalan verstaat

1) Molemmissa terveysalan ryhmissä sama väite arvotettiin tärkeimmäksi ja kiireellimmäksi muutoshasteeksi. Väite kuului: *”Tulevaisuudessa sairaanhoitajat hoitavat joitakin nykyisin lääkäreille kuuluvia tehtäviä (esim. hoitajavastaanotot, joissa hoitaja kommunikoi toisessa toimipisteessä olevan lääkärin kanssa potilaan hoidontarpeesta.) Kasvanut vastuu näkyy myös opintokokonaisuuksien laajuuden kasvuna.”*

Ryhmissä koettiin, että yllä sanottua pitäisi laajentaa koskemaan yleisemmin kaikkia terveydenhuollon tasoja. Toisin sanoen jokaisen työnkuvan osalta tulisi arvioida mitkä toiminnot ovat varsinaisia ammatillista erikoisosaamista vaativaa työtä, keskittyä mahdollisimman pitkälle näiden töiden tekemiseen ja mahdollisuuksien mukaan siirtää jäljellejääviä töitä puolestaan näihin töihin erikoistuneiden henkilöiden hoidettavaksi. Täten sen lisäksi että joidenkin työvaiheiden siirtämistä lääkäriltä sairaanhoitajalle tulisi harkita, samoin myös tulisi harkita tehtävienjakoa sairaanhoitajien ja lähihoitajien välillä. Tosin välttämätöntä tällainen tehtävänkuvien uudelleenarviointi ei olisi kaikkialla maassa, mutta ainakin alueilla, joilla pulan terveydenhuollon osaajista odotetaan olevan suuri, voisi tällainen järjestely helpottaa tilannetta.

Esimerkkeinä joistakin toimista, joita sairaanhoitajat voisivat kenties tulevaisuudessa ottaa vastuulleen, mainittiin joidenkin hoitopäätösten itsenäinen tekeminen (laboratoriokokeet ja röntgentutkimukset) ja rajoitettu oikeus kirjoittaa reseptejä. Nykyisin lainsäädäntö asettaa rajoja joidenkin mainittujen toimien suorittamiselle lääkäriä alemmalla tasolla ja siispä on selvää, että jotta tehtävänkuvia voisi muuttaa, tulisi huolellisen työnkuvien arvioinnin jälkeen vaikuttaa lainsäädäntöön. Niitä muutoksia työn jakamisessa, joita nykyinen lainsäädäntö jo mahdollistaa, tulisi arvioida ja tarvittaessa ottaa käyttöön. Työnkuvien laajentamisen edellyttämän tiedollisen pohjan tukevoittamiseksi hoidettaisiin sairaanhoitajien ja lähihoitajien lisäkoulutus toisen ryhmän näkemyksen mukaan aluksi pääosin alueellisesti (alueellisten painopistealueiden mukaisesti) muunto- tai täydennyskoulutuksen kautta. Toinen ryhmä taas piti sairaanhoitajien osalta omaa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa parhaana tapana hoitaa lisääntyneiden osaamisvaatimusten opettaminen.

2) Toiseksi tärkeimpänä kehittämiskohteena terveysalan ryhmät pitivät väitettä: *”Tulevaisuudessa sosiaali- ja terveysalan työvoimapulaa paikkaa laaja aikuiskoulutus.”*

Ensimmäisessä ryhmässä todettiin että koulutusta on jo nyt, mutta se ei kiinnosta niitä jotka vapautuvat muilta aloilta. Todettiin myös, että tällä hetkellä nuorten koulutuksen aloituspaikoista 15–17% on jo sosiaali- ja terveysalalla. Tämän suhdeluvun nostamista ei pidetty realistisena (= ei ole todennäköistä, että tämän suurempi osa nuorisosta hakeutuisi sosiaali- ja terveysalan koulutukseen) ja kun eläkepoistuman kautta vapautuvista työpaikoista merkittävä osa on sosiaali- ja terveyspuolella, on aikuiskoulutus tulevaisuudessa todella tarpeellista jotta tulevaisuuden työvoimatarpeet saadaan tyydytettyä. Koska alan aikuiskoulutus ei nyt houkuttele, niin perusongelma on alan vetovoimaisuuden lisääminen.

Ryhmä katsoi, että koulutuspaikkoja (perustutkintoa aloittaville nuorille) on nykyisellään jotakuinkin riittävästi, mutta niitä pitäisi kohdentaa voimakkaammin kasvukeskuksiin, missä on todellinen tarve. Lisäksi tulisi pitää huolta siitä, että opetussuunnitelmat toteutuisivat tehokkaasti ja tasalaatuisesti riippumatta siitä missä opetus annetaan: tavoitteena olisi siis se, että työnantaja voisi huoletta palkata henkilön riippumatta siitä, missä henkilö on perustutkintonsa opiskellut. Ryhmä toivoi myös enemmän työharjoittelua/käytännön harjoittelua. Tämä toistui muisakin keskusteluissa: harjoittelun rakenteita tulisi miettiä uudelleen.

Alan vetovoimaisuuden lisäämisestä ryhmä tuli siihen tulokseen, että perustoi-
menpiteet tehdään alan sisällä – kyseessä ei siis ole markkinointikampanja, vaan kehittämistarve piilee sosiaali- ja terveysalan sisällä – etenkin johtamisessa: sitä pitää vahvasti kehittää, jotta arkipäivän rutiinit ja toimenkuvat tulisivat miellyttävimmiksi. Johtamisen osalta toivottiin, että opetuksesta vastaisivat ammattikorkeakoulut ja varsinkin yliopistot.

Toisessa ryhmässä aikuis(ja ylipääntensä täydennys)koulutus nähtiin hyvänä keinona kouluttaa työttömänä (pohjakoulutukseltaan lähellä terveysalaa) olevaa väkeä terveysalan töihin. Aikuisopiskelijoita saattaisi olla myös helpompi houkutella aloille, joille nuorilla ei ole suurta kiinnostusta. Esimerkiksi vanhustenhuollon

työntekijöiden koulutusväylänä aikuiskoulutus voisi olla tulevaisuudessa merkittävä tekijä. Lisäksi aikuiskoulutuksen etuna nähtiin opiskelijoiden hyvä sitoutuneisuus opintoihin. Nuorisolla esim. ammattikorkeakoulutuksessa keskeyttäjiä suuri määrä on ongelma. Kuten ensimmäisessä ryhmässä, niin myös tässä ryhmässä mainittiin aikuiskoulutukseen liittyvänä ongelmana hankaluus houkutella aikuisopiskelijoita terveydenhuoltoalalle. Keinoista parantaa alan haluttavuutta käytiin lyhyt keskustelu ja sen tuloksina saatiin vanhat tutut vastaukset: parempi palkka ja vaikutelma hyvästä työviihtyvyydestä. Keskustelussa tuli myös esiin mielenkiintoinen heikko signaali: vuosi vuodelta on enemmän ja enemmän ihmisiä, jotka ovat väsyneitä toimimaan liike-elämässä ja haluavat vaihtaa alaa ja alkaa tehdä työtä jossa tuntee tekevänsä hyvää muille ihmisille ja yhteiskunnalle. Näistä ihmisistä osa kouluttaa itsensä terveysalalle (terveydenhuoltoalan osaajapulaan tämä tuskin kuitenkaan on ratkaisu, koska kovin suurta massaliikettä ei uskottu syntyvän).

3) Verstaaseen tuoduista väitteistä kolmanneksi tärkeimpänä terveysalan verstaasiin osallistuneet pitivät väitettä. *”Tulevaisuudessa sosiaali- ja terveysalan oppilaitosten opettajat jakavat aikansa käytännön työn ja opetuksen kanssa. Näin taataan opettavan tiedon tuoreus ja vastaavuus työelämässä.”*

Ensimmäisessä ryhmässä todettiin, että mahdollisuuksia on tarjolla jo nykyään – mutta opettajat eivät hakeudu tarjolla oleviin paikkoihin. Melko laaja keskustelu käytiin siitä kenen pitäisi kustantaa opettajien ja työelämän kohtaaminen. Teema jäi auki, mutta tässä kustannuspuolessa on jotakin sellaista, joka tällä hetkellä ehkäisee toimintaa. Tämän jälkeen ryhmä totesi, että tässä teemassa ei niinkään ole kyse siitä, että opettajille järjestettäisiin työelämään tutustumista (niin kuin asia joskus ymmärretään) – vaan pikemminkin siitä, kuka opettaa työelämässä.

Tavoitteeksi nähtiin se tilanne, jossa samat opettajat suorittaisivat yhä enemmän opetusta myös työpaikoilla täydennys- ja muuntokouluttajina: tällä tavalla opettajat pysyisivät samalla ajan tasalla työelämän tarpeista ja toisaalta täydennyskoulutus tehostuisi. Puhuttiin virkojen yhdistämisestä (yhteiset virat) – ja siitä, että perus-/ammattiin kouluttamisen ja täydennys-/muuntokoulutuksen välillä pitäisi olla koko ajan integroitu yhteys.

Tämän järjestäminen koettiin etenkin yliopistoissa hankalaksi, koska yliopistoissa korostuu tutkimus. Koulutusta ei ole resursoitu samalla tavalla kuin tutkimusta – eikä yliopiston henkilökunta meritoidu opetuksesta samalla tavalla kuin tutkimuksesta. Tämä vähentää yliopiston henkilökunnan kiinnostusta opetukseen. Ratkaisuksi mietittiin sitä, että yliopistoihin pitäisi saada enemmän opetusvirkoja ja palkitsemisjärjestelmiä, jotka palkitsevat opettamisesta tutkimisen ohella. Vastaavasti muilla koulutusasteilla voitaisiin tukea tutkimusta (mikäli muilla koulutusasteilla asia on päinvastoin).

Tässäkin keskustelussa korostuivat nk. vaihtovirat: tavoitteeksi asetettiin helppo liikkuvuus yksiköiden/toimipisteiden, työtehtävien yms. välillä: jouston ja yksilöllisen profiloitumisen mahdollistaminen.

Toisessa ryhmässä keskustelu kulki jokseenkin samoja latuja, ainoana varsinaisena erona oli se, että yliopistotasoisissa koulutusohjelmissa opettajien tietotasoa ja opetettavan tiedon ajanmukaisuutta pidettiin hyvänä. Puutteita opettajien työelämän käytäntöjen tuntemisessa koettiin olevan lähinnä yliopistotasoa alemmilla koulutustasoilla.

4) Neljänneksi tärkeimmäksi tulevaisuusteemaksi nousi väite: *”Tulevaisuudessa sairaanhoitopiireillä/kunnilla on nykyistä enemmän sananvaltaa sosiaali- ja terveydenhuollon peruskoulutuksen painopistealueita ja -määriä suunniteltaessa.”*

Ensimmäisen ryhmän käymässä lyhyessä keskustelussa oltiin yhtä mieltä siitä, että sairaanhoitopiirejä ja muita kentän toimijoita kuuntelemalla voidaan alueellista työvoimapulaa helpottaa kohdentamalla koulutuspaikkoja paremmin kasvukeskuksiin tai muualle missä tarvetta on. Lisäksi tässäkin tapauksessa korostettiin sosiaali- ja terveysalan johtamisen kehittämistä sekä alan yleistä resursoimista: palkat, henkilökunnan riittävä määrä jne.

Uutena teemana keskusteltiin lyhyesti ennakkoinnista: käynnissä on alueellisen ennakkoinnin edistäminen. Ryhmän mielestä ennakkointia pitää kehittää, jotta toiminta ei olisi vain reaktiivista, mutta millä tasolla? Onko juuri alueellinen ennakkointi se ennakkoinnin osa-alue, jota pitää kehittää? Ryhmä päätyi lopulta siihen,

että pikemminkin kaikilla tasoilla – ja etenkin ennakointitiedon hyödyntämistä ja ennakoinnin koordinoimista pitäisi kehittää (tällä keskustelulla on kytkös myös sosiaali- ja terveysalan johtamisen kehittämistarpeisiin).

Ensimmäisessä ryhmässä keskustelu laajeni yllä olevan otsikon ulkopuolelle ja käydyssä keskustelussa korostettiin lähinnä sitä, että sosiaali- ja terveysalalla tarvitaan tulevaisuudessa monikantasuunnittelua (uudet opetussuunnitelmat, ydinosaamisen määrittely ja uudet tehtäväjaot), liikkuvuutta työtehtävien ja yksiköiden välillä sekä muunto- ja täydennyskoulutuksia sekä perusopetuksen ja täydennyskoulutuksen integroimista toisiinsa ja lisäksi opetuksen ja tutkimuksen integroimista toisiinsa.

Toisessa ryhmässä todettiin, että koulutuspaikkojen sijoittumisen suunnittelulla voidaan vaikuttaa melko paljon alueella saatavissa olevan terveydenhuollon henkilöstön määrään. Tämä siksi, että kenties enemmän kuin monien muiden alojen opiskelijat, lähi- ja sairaanhoitajaksi opiskelevat asettuvat usein valmistuttuaan pysyvästi asumaan koulutuspaikkakunnalleen tai sen välittömään läheisyyteen riippumatta työn tarjontatilanteesta. Tämä ryhmäläisten mukaan selittyy osin sillä että puolisoilla (joka on usein löydetty opiskeluaikana) on työpaikka alueella ja asuinpaikkapäätökset tehdään tämän työpaikan sijainnin mukaan.

Koulutuspaikkoja ei kuitenkaan tarvitsisi betonoida samalle paikkakunnalle ja -tasolle vuosiksi eteenpäin vaan aloituspaikkoja voitaisiin kierrättää maan eri alueilla sijaitsevien yksiköiden välillä. Kasvukeskuksiin keskittymisen vaihtoehtona tämän tavan etuna on se, että opiskelijat tulevat tutustuneeksi elämään myös suurten kaupunkien ulkopuolella ja näin työvoimapulan osuessa syrjäseudulle, heidän valmiutensa muuttaa maalle voisi olla suurempi. Eri yksiköiden tarpeiden tutkimista pidettiin siis tärkeänä terveydenhuollon koulutuksen määriä ja painopisteitä mitoitettaessa, mutta yksinomaan sairaanhoitopiirien ja kuntien omien arvioiden varaan ei koulutuspäätöksiä voi rakentaa. Syynä tähän on muun muassa paikallistasoon toimijoiden taipumus liioitella omia tarpeitaan lisäresurssien toivossa. Lisäksi kuntien suunnittelun tempoilevuus (hyvänä verovuonna tehdään suuria suunnitelmia, jotka huonon vuoden tullen hylätään saman tien) vaikuttaa siihen, että päätösvaltaa koulutusmääristä ei voi siirtää kokonaan paikallistasolle.

Ryhmät olivat keskenään varsin yksimielisiä edellä käsiteltyjen neljän väitteen merkittävyydestä. Molemmilla ryhmillä nämä neljä väitettä olivat viiden eniten pistettä saaneiden väitteiden joukossa. Näiden jo esiteltyjen väitteiden jälkeen tulevien muiden väitteiden tärkeysjärjestyksestä ei terveysryhmien välillä ollut samanlaista yksimielisyyttä, vaan pisteet ja väitteiden järjestys hajosivat melko paljon.

5) Seuraavaksi tärkeimmäksi nousi väite: *”Tulevaisuudessa sosiaali- ja terveydenhuollon aloilla on omat, alojen johtotehtäviin valmistavat koulutusohjelmat, joissa alan tuntemuksen lisäksi opetetaan johtamis- ja ihmissuhdetaitoja.”* Tarve johtajakoulutuksen järjestämiseen sosiaali- ja terveysalalla oli noussut vahvasti esiin kesällä 2005 tehdyssä kyselyssä, mutta verstaassa tätä ei enää pidetty aivan niin tärkeänä.

Ensimmäisessä ryhmässä kysymys ymmärrettiin niin, että tarvitaanko erityinen vain johtamiseen keskittyvä koulutus sosiaalipuolelle ja vastaavasti samanlainen, terveysalan johtamiseen keskittyvä ohjelma terveyspuolelle. Tähän vastattiin, että ei: tarpeen olisi pikemminkin yhteinen, moniammatillinen johtamiskoulutus, jossa pitäisi kuitenkin huomioida myös sosiaali- ja terveyspuolen erityishaasteet. Tällainen prosessi lienee ryhmän ymmärryksen mukaan jo kehitteillä.

Samankaltainen oli lopputulos toisessa ryhmässä. Sosiaali- ja terveysalalle tarvitaan yhteinen johtajakoulutus, joka palvelisi alojen yhteistyötarpeita. Yhteinen johtajakoulutus edesauttaisi sosiaali- ja terveysalan kokonaisnäkemysten muodostumista alan johtopaikoilla toimiville (tämä alojen yhteisnäkemysten kehittäminen oli seikka, joka toistui kyselyssä useasti). Ryhmässä korostettiin kuitenkin, että omaa pelkästään sosiaali- ja terveysalan johtotehtäviin valmistavaa koulutusta ei haluta. Jokaisella sosiaali- ja terveysalan johtajalla tulisi olla pohjalla sosiaali- ja terveysalan pohjakoulutus ja kun henkilö valikoituu johtaja-asemaan, tulisi hänellä olla mahdollisuus suorittaa lisä- tai erikoistumiskoulutuksena johtajakoulutusosio, johon sisältyisi ainakin ihmissuhdetaitoja, taloushallinnon osaamista ja ymmärrystä logistiikasta.

6) Jokseenkin samanarvoisena edellisen väitteen kanssa pidettiin väitettä: *”Tulevaisuudessa kotisairaanhoido (kotisairaala) on joissakin potilasryhmissä pääasiallinen hoitomuoto. Tähän hoitomuotoon liittyvä koulutusosio kuuluu osana kaikkiin terveysalan opintoihin ja on myös erikoistumisvaihtoehto.”*

Vaikka ensimmäisen ryhmän kollektiivinen mielipide koki tämän asian melko tärkeäksi, alkoi keskustelu kuitenkin arvelulla siitä, että tarvitaanko tähän asiaan erityistä koulutusta: sairaanhoitajan tehtävät kun ovat koko lailla samanlaisia ta-
pahtuipa hoito sitten kotona tai laitoksessa. Todettiin, että teknologian kehittyminen voi kuitenkin johtaa siihen, että uusia potilasryhmiä tulee kotihoidon piiriin – ja tämä voi tuoda koulutustarvetta. Kotisairaanhoito voi myös nostaa merkittävämpään asemaan potilasohjauksen ja erilaiset interaktiiviset välineet. Tämä tulisi huomioida potilaanohjauksen opettamisen lisääntymisenä koulutuksessa. Vastavasti todettiin, että kotihoito edellyttää kykyä itsenäiseen työskentelyyn (itsensä johtamiseen). Kotihoidon lisääntymisen pitäisi näkyä jatkossa enemmän myös työharjoittelussa.

(toinen ryhmä ei ehtinyt tätä teemaa keskustella)

7) Viimeinen väite, joka keskusteltiin läpi molemmissa ryhmissä kuului: *”Tulevaisuudessa terveysalan koulutuksen kaikille tasoille sisältyy useampia käytännön harjoittelujaksoja jotka on suoritettava mahdollisimman erilaisissa harjoittelupaikoissa.”*

Ensimmäinen ryhmä kannatti ajatusta ja oli sitä mieltä että työharjoittelua pitäisi monipuolistaa (ja se edellyttää, että joku määrittelee mitä tämä monipuolisuus tarkoittaa ja sisältää).

Toisen ryhmän keskustelussa käytiin ensin läpi väitteen (kieltämättä sekava) sanamuoto - ja ajatus opiskelijoiden juoksuttamisesta monessa eri harjoittelupaikassa tyrmättiin. Harjoittelun järjestäminen vaatii aikaa ja huomiota harjoittelijan vastaanottavalta organisaatiolta ja harjoittelun pilkkominen nykyistä pienempiin palasiin lisäisi tätä rasitusta entisestään. Harjoittelun määrän suurta lisäämistä ei siis pidetty mahdollisena. Jo nyt joissakin opinnoissa harjoittelun osuus tutkinnosta on kolmasosa ja ryhmän mielipiteen mukaan tämän pitäisi riittää. Kun kyselyssä kuitenkin tuli vahvasti esille se, että koulusta tulevien vastavalmistuneiden työelämävalmiudet eivät ole kunnossa, päätyi ryhmä siihen johtopäätökseen, että harjoittelu ei nyky muodossaan täytä tarkoitustaan ja siinä olisi tehostamisen varaa.

5.2 Sosiaalialan verstaas

Ryhmään, joka käsitteli sosiaali- ja terveysalan ennakointiin liittyviä asioita sosiaalialan näkökulmasta osallistui 18 henkilöä. Ryhmän vetäjinä ja keskustelun kirjaajina toimivat Lapin yliopiston tutkijat Merja Borgman (merja.borgman@ulapland.fi) ja Tarja Kemppainen (tarja.kemppainen@ulapland.fi). Keskustelussa oli esillä 13 sosiaalialaa koskevaa väitettä, joista ryhmä ehti käsitellä yhtä lukuun ottamatta kaikki. Väitteet olivat valtaosaltaan samoja kuin terveysalan ryhmässä (9 samaa väitettä), neljä keskusteluun tuoduista väitteistä oli vain sosiaalialaa koskevia. Järjestys, jossa alla olevat väitteet ovat, muodostui ryhmän äänestyksen perusteella. Ryhmä keskusteli väitteistä hieman eri järjestyksessä kuin mitä ne tässä esitetään, koska ”tarkistuslaskenta” muutti hieman väitteiden saamia kokonaispistemääriä. Piste-erot väitteiden 2-6 välillä olivat kuitenkin varsin pieniä, joten ryhmän voidaan katsoa pitäneen näitä väitteitä keskenään jokseenkin yhtä tärkeitä.

1) Sosiaalialaa koskevista väitteistä tärkeimmäksi ryhmäläisten äänestyksen jälkeen nousi väite: *”Tulevaisuudessa sosiaali- ja terveysalalla on yhteinen kaikkien koulutustasojen ja – alojen perusopintoihin kuuluva kurssi tai kursseja, jossa opetetaan alojen yhteisiä tavoitteita ja käydään läpi molempien toimintatapoja ja ajattelutapaa.”*

Keskustelussa todettiin että sosiaali- ja terveysalojen koulutusohjelmissa tulisi olla nykyistä enemmän yhteistä opetusta. Aloilla on ihmisten hyvinvoinnin kannalta sekä yhteisiä lähtökohtia että aivan omia tehtäviään. Alojen työntekijät toimivat usein moniammatillisissa tiimeissä ja työryhmissä ja yhteinen toiminta jo koulutusvaiheessa mahdollistaisi laajemman ja todellisemman kuvan yhteistyökumppanista. Lisäksi jos/kun ihmisten elämäntilanteiden ja palvelutarpeiden syyt monitukaistuvat, niin kouluttajilta ja koulutuksen järjestäjiltä edellytetään kokonaisvaltaista prosessiajattelua. Kokonaisvaltainen ajattelu ja asiakkaan näkökulman huomioiminen edellyttävät myös muutoksia nykyisissä työelämän käytännöissä ja toimintatavoissa. Alojen yhteisellä perusopetuksella voitaisiin vastata myös näihin osaamisvaateisiin. Erityisesti sosiaali- ja terveysalojen yliopisto-opinnoissa tulisi lisätä yhteisen opetuksen määrää.

2) Toiseksi suosituimmaksi nousi väite: *”Tulevaisuudessa sosiaali- ja terveydenhuollon aloilla on omat alojen johtotehtäviin valmistavat koulutusohjelmat, joissa alan tunteuksen lisäksi opetetaan johtamis- ja ihmissuhdetaitoja.”*

Ryhmässä käydyn keskustelun perusteella sosiaali- ja terveysaloilla tulee olla yhteistä johtamiskoulutusta, jossa on osioita myös muilta aloilta, esimerkiksi oikeus-, kasvat- ja hoitotieteistä. Johtamiskoulutusta rakennettaessa tulisi huomioida erilaiset johtamisen alueet kuten henkilöstön johtaminen, asioiden johtaminen, asiantuntijuuden johtaminen, verkostojohtaminen, tulosjohtaminen jne. Johtamisopintoja olisi hyvä sisällyttää kaikkiin koulutustasoihin. Johtamisen osaamisen lisäksi molempien alojen substanssiosaamisen merkitys kasvaa kun toimitaan moniammatillisissa tiimeissä. Alan sisäisellä johtamisella on merkitystä myös alan vetovoimaisuuteen.

Sosiaali- ja terveysalojen johtamisen parantaminen ja osaamisen kehittäminen edellyttävät ensinnäkin sitä, että työelämässä tunnistetaan johtamisen tarve ja laatu. Toiseksi se edellyttää toimenpiteitä alojen oppilaitoksilta ja opettajilta ja kolmanneksi tarvitaan julkista rahoitusta erityisen johtamiskoulutuksen järjestämiseksi.

3) *”Tulevaisuudessa sosiaali- ja terveysalan työvoimapulaa paikkaa laaja aikuiskoulutus.”* – väite tuli äänestyksessä kolmanneksi tärkeimmäksi.

Aikuiskoulutusta tulisi tarkastella työelämästä käsin kokonaisuutena: tulevaisuudessa joiltakin aloilta ja ammateista vapautuu työvoimaa ja joillakin toisilla aloilla ja toisissa ammateissa taas on työvoimapulaa. Aikuiskoulutuksella voitaisiin nykyistä paremmin tasapainottaa sekä eri toimialojen että yhden toimialan sisällä eri ammattien välisiä suhteita.

Aikuiskoulutusta on vaikea tarkastella valtakunnallisesti, koska työvoiman kysyntä ja tarjonta vaihtelevat suuresti maan eri osissa. Tästä syystä paikallisuus, alueellisuus ja seudullisuus ovat tässä tulevaisuustemassa keskeisiä tarkastelukulmia. Lisäksi nykyisiä aikuiskoulutuksen rakenteita tulisi kehittää huomattavasti jous-
ta-

vammiksi ja rahoituspohjaa sekä – perusteita muuttaa (työllisyyskoulutuksen tarve ja määrä, maahanmuuttajien koulutus jne.). Sosiaalialan sisällä pitäisi entistä paremmin tarkastella erikoistumis- ja jatkokoulutusten asemaa ja merkitystä. Nykyiset tehtäväkuvat ja kelpoisuuslaki sallivat paljon, kyse on siitä, minkälaista osaamista tarvitaan ja minkälaisella koulutusmuodolla se tuotetaan.

Osaamistarpeiden ennakointi edellyttää alueellisesti ja paikallisesti (kunta)työnantajan ja koulutuksen järjestäjien tiivistä yhteistyötä, jotta järjestetään sellaista koulutusta, jota alueella todella tarvitaan.

4) Neljänneksi tärkein esitetystä väitteistä oli: *”Tulevaisuudessa sosiaali- ja terveysalan oppilaitosten opettajat jakavat aikansa käytännön työn ja opetuksen kanssa. Näin taataan opetettavan tiedon tuoreus ja vastaavuus työelämässä.”*

Väitteessä esitetyn menettelyn etuina ryhmän keskustelussa nähtiin muun muassa se, että käytännönopetuksen kulut pienenisivät, jos opettajat olisivat enemmän mukana käytännön opetuksessa. Vapautuvilla resursseilla voitaisiin vahvistaa oppilaitosten ja käytännön kenttien yhteistyötä. Kyse on opettajien työajan uudelleen jakamisesta, jolla olisi vaikutuksensa myös opettajien työssä jaksamiseen. Lisäksi menettelyllä vahvistettaisiin sekä sosiaalialalla käytäntöön sitoutuneen ja uudistuviin tehtäväsältöihin ja – rakenteisiin kohdistuvan tutkimuksen lisääntymistä, että myös tehtävärakenteen muutosten toteutumista (esimerkiksi sosiaalityöntekijä ja sosionomi olisivat jo opiskeluaikoina samoissa työpaikoissa). Sosiaalialan osaamiskeskukset tulisi nykyistä enemmän ottaa mukaan käytännön opetukseen. Väitteen toteutuminen edellyttää uudenlaista ajattelua ja suhtautumista sekä oppilaitoksilta että työeläältä.

5) Viidenneksi tärkein väite oli: *”Tulevaisuudessa sosiaalialan koulutuspaikkojen määriin tulee tehdä korjauksia. (Vuonna 2004 alalle valmistui 5600 lähihoitajaa, 1600 sosionomia (AMK) ja 150 sosiaalityöntekijää.)”*

Sosiaalialan koulutusmääriä tulisi tarkastella sekä alan sisällä suhteessa tehtävärakenteeseen että yhteiskunnassa sosiaalialan suhteena muihin ammattialoihin. Vä-

estörakenteen muutokset ja uudet tehtävät alan rajapinnoilla kasvattavat tulevaisuudessa sosiaalialan osaamisen tarvetta yhteiskunnassa moniin muihin ammattialoihin verrattuna. Sosiaalialan koulutusmääriä tulisi tarkastella myös sisällöllisesti nuorisosaasteen ja aikuiskoulutuksen keskinäissuhteena.

Keskustelussa oltiin jokseenkin yksimielisiä siitä, että sosiaalityöntekijöitä ja lähihoitajia tarvitaan tulevaisuudessa lisää. Sosionomien tulevaisuudessa tarvittavaan kokonaismäärään ei osattu ottaa täsmällistä kantaa, kuitenkin esitettiin huomio että sosionomeja tullaan kuitenkin tulevaisuudessa tarvitsemaan lisää ainakin palveluohjaustehtävissä. Koulutuspaikoista puhuttaessa nousi esille huoli sosiaalialan vetovoimaisuudesta. Keskustelussa pohdittiin median merkitystä alojen vetovoimaisuuden kasvattamisessa - esimerkkinä pohdittiin muun muassa tv:n julkis-
kokkien aiheuttamaa kiinnostuksen kasvua ravintola-alaa kohtaan.

Väitteen toteutuminen edellyttää aloituspaikkojen mitoituksen osalta OPM:n toimia, markkinoinnin osalta työpaikkojen ja työnantajien aktiivisuutta sekä oppilaitosten ja työelämän tiivistä yhteistyötä.

6) Kuudenneksi tärkeimpänä keskusteltiin väite: *"Tulevaisuudessa sosiaali- ja terveysalan työpaikoilla on kattava mentorointijärjestelmä, jolla taataan hiljaisen tiedon siirtyminen sukupolvesta toiseen."*

Nykyisin tarvitaan kaikkia työssä oppimisen muotoja. Kattavan mentorointijärjestelmän luominen edellyttää työnantajilta valmiutta ja halukkuutta, koska järjestelmän toteuttaminen vaatii ennen kaikkea aikaa ja se tulisi jotenkin näkyä myös palkkausjärjestelmässä. Tässä suhteessa se eroaa työnohjauksesta, joka ajan lisäksi edellyttää myös rahaa ja muita resursseja. Kyse on ennen kaikkea organisaatiokulttuureista ja siitä, miten turvataan vertikaalinen tiedonsiirto. Mentorointi on hyvä systeemi isoissa toimintayksiköissä (esim. kunnissa), mutta ongelmallinen pienemmissä, esim. järjestöissä. Mentorointiohjelmien luominen ja organisoiminen soveltuisi hyvin ammatikorkeakouluille niiden luonteeseen sopivana. Mentoroinnissa voitaisiin hyödyntää oppilaitosten jo olemassa olevia työelämäsuhteita. Mentorointi voitaisiin organisoida myös osaamiskeskusten kautta kysymällä halukkaita asiantuntijoita mentoreiksi.

7) *"Tulevaisuudessa tietoteknologialla on nykyistä suurempi painoarvo kaikissa sosiaalialan koulutuksissa, jotta esim. erilaisia asiakastietojärjestelmiä osattaisiin paremmin hyödyntää sosiaalialan työssä."*

Keskustelussa pohdittiin aluksi sitä, onko tämä koulutusta vai työpaikkoja koskeva kysymys? Todettiin myös, että väite lähtee hallinnollisesta ja organisaatiokeskeisestä ajattelusta, kun taas sosiaalialan ammatillisen työn lähtökohtana on asiakkaan tarpeista lähtevä ajattelutapa. Kysymys tulisikin asettaa: "Miten asiakkaat voisivat ja osaisivat hyödyntää tietoteknologiaa?" Pohdittiin myös sitä, kenen vastuulla nykyään on tietoteknologian opetus? Tulevaisuudessa sekä opetusta että ohjausta tulisi olla kaikissa alan koulutuksissa kaikilla koulutustasoilla. Asiakastietojärjestelmien sijasta tulisi puhua hyvinvointitekniologiasta. Tietoteknologian kehittämisessä kokonaisuudessaan on viranomaisten suuri haaste, sillä järjestelmät eivät nykyisin ole kovinkaan toimivia. Yhteensopivuutta tulisi kehittää, jotta ei "hassattaisi" enempää rahaa.

8) Kahdeksanneksi tärkeimmäksi arvotettiin väite: *"Tulevaisuudessa sairaanhoitopiireillä/kunnilla on nykyistä enemmän sananvaltaa sosiaali- ja terveydenhuollon peruskoulutuksen painopistealueita ja -määriä suunniteltaessa."*

Tätä aihetta sivuttiin jo väitteeseen 3 liittyneissä keskusteluissa. Tavoite edellyttää paikallisesti ja alueellisesti erityisesti (kunta)työnantajien ja koulutuksen järjestäjien yhteistä ennakkointia, jotta osataan järjestää sellaista koulutusta, jota paikallisesti ja alueellisesti kulloinkin tarvitaan. Keskeistä on eri koulutusjärjestelmien osaamisen tunteminen ja toisten kuunteleminen. Keskustelu palvelujen tuotantotavoista tulisi siirtää asiakasohjautuvuuden sujuvuuden kehittämiseen. Nykyisin koulutussisältöihin voidaan vaikuttaa mutta ei koulutusmääriin, jotka ovat OPM:n päätösvallassa (ns. maksajan puheet).

Ryhmässä keskusteltiin myös sosiaalialan alueellisista työmarkkinoista. Paikallisesti nähdään ja tunnistetaan asiakasprosesseja, mutta palveluissa on silti suuria alueellisia eroja. Sosiaalialan toimijoiden tehtävänä on siksi tuoda esille sosiaalialan ammatillisen työn merkitys ja tehtävät maakunnissa. Lisäksi tarvittaisiin eri tasojen ohjausta suhteessa palveluiden tuotantoon ja laatuun.

9) *"Tulevaisuudessa sosiaali- ja terveysalalla on uusia avustavan työn tehtävänimikkeitä, jotka soveltuvat henkilöille joiden työkyky on alentunut. Näihin ammatteihin on myös omat koulutusohjelmansa."*

Väite herätti paljon pohdiskelua ja keskustelua. Väite sinänsä koskee koko yhteiskuntaa, ei vain sosiaali- ja terveysaloja. Väitteen sanamuotoa pidettiin kuitenkin ongelmallisena ja ehdotettiin, että "avustava" -sana tulisi jättää pois. Kaikki työ on arvokasta eikä ole syytä luokitella työsuoritteita tärkeään, vähemmän tärkeään jne. Siksi ei tulisi rakentaa avustavan työn koulutusohjelmia, vaan lyhyempiä koulutuksia, joilla pääsee kiinni työhön ja työelämään.

Työn ja työehtojen joustavuuden edistämistä pidettiin tärkeänä. Yhteiskunnassa on paljon työtä (esim. vanhustyössä), joka pitää tehdä eikä niihin tarvita laajaa osaamista ja pitkiä koulutuksia. Tämä olisi myös aktiivista sosiaalipolitiikkaa, jolla tuettaisiin monien vajaakuntoisten, maahanmuuttajien yms. henkilöiden pääsyä työelämään, voimaantumista asiakkaasta selviytyjäksi.

Väitteen toteutuminen edellyttää joustavuutta panos – tuotos- ajattelussa ja uudenlaisia työn tukijärjestelmien kehittämistä.

10) Kymmenenneksi äänestyksessä nousi väite: *"Tulevaisuudessa vieraiden kielten ja kulttuurien opetus on sisällytetty jokaiselle sosiaali- ja terveysalan koulutustasolle."*

Ryhmä keskusteli väitteestä viimeisenä ja ajan puutteen vuoksi todettiin vain, että maahanmuuttajien määrän asiakaskunnassa odotetaan kasvavan.

11) *"Tulevaisuudessa sosiaalityöntekijöiden ja sosionomien (AMK) tutkinnot tulevat yhdistymään yhdeksi sosiaalialan korkeakoulututkinnoksi."*

Keskustelussa tuotiin esille jonkin verran toisistaan poikkeavia näkemyksiä väitteestä. Muistutettiin, että Bolognan sopimus edellyttää yhtä kolmevuotista (3 v) tutkintoa, joka tarkoittaisi sitä, että kandidaatin tutkinto ja ammattikorkeakoulututkinnot yhdis-

tyisivät yhdeksi perustutkinnoksi ja tämän jälkeen tulisivat mahdolliset maisteriopinnot. Myös koulutuksesta toiseen siirtymistä pitäisi helpottaa ja ns. siltaopintoja maisterikoulutukseen pidettiin tärkeänä, jotta vältetään päällekkäiseltä koulutukselta.

Palveluiden järjestäjän näkökulmasta eräs ryhmän jäsen oli sitä mieltä, että on hyvin vähän argumentteja koulutusten yhdistämisen puolesta, koska molemmille riittää työtä ja tehtäviä ja työelämässä tarvitaan molempien osaamista. Yliopistojen olisi pikemminkin keskityttävä tutkimukseen ja teoriaan ja ammattikorkeakoulujen vastaavasti käytännön työhön. Sosiaalityöntekijän koulutus tulee säilyttää ylempänä korkeakoulututkintona muun muassa tutkimus- ja kehitystyön laadun säilymisen turvaamiseksi. Nykyisin on kuitenkin jonkin verran päällekkäistä koulutusta, mutta yhdistäminen ei silti ole ajankohtaista. Yhteisiä koulutussisältöjä ja ”hyväksilukemista” tulisi lisätä. Iso yhteiskunnallinen kysymys kaiken kaikkiaan on se, kuinka monta yliopistoa ja korkeakoulua Suomen kaltaisessa maassa voi olla. Ryhmä totesi myös, että ammattikorkeakouluja ei saa hukata niiden työelämälähtöisyyden vuoksi.

12) *”Tulevaisuudessa toisen asteen perustutkinto (lähihoitajakoulutus) eriytyy kahdeksi tutkinnoksi; sosiaalialan perustutkinnoksi ja terveysalan perustutkinnoksi.”*

Ryhmässä ihmeteltiin väitteen sisältöä ja oltiin täysin yksimielisiä siitä, että koulutus tulee säilyttää yhteisenä perustutkintona. Muutos ei olisi tarkoituksenmukaista, koska siitä aiheutuisi vain lisäkustannuksia ja se voisi pahentaa työvoimapulaa sekä hankaloittaa alojen sisäistä liikkuvuutta. Joustavuus menetettäisiin. Sen sijaan saattaisi olla hyödyllistä tarkastella nykyisen koulutuksen sisällä painopisteiden, syventävien opintojen ja erikoistumiskoulutuksien oikeellisuutta suhteessa työelämän tarpeisiin. Keskustelussa nostettiin myös esille varhaiskasvatus, johon saattaisi sopia oma ”täsmätutkinto”.

Lisäksi keskustelussa nostettiin esille sosiaalialan työn uusien ja innovatiivisten avauksien puuttuminen. Sosiaalialan ammatillista työtä tehdään esim. Kelassa ja työvoimahallinnossa sekä kulttuuri-, vapaa-aika- ja liikunta-aloilla.

Ryhmä totesi myös, että tulevaisuusväitteistä puuttui kysymys siitä, että kohdenetaanko osaamista oikein nykyisissä järjestelmissä koulutuksessa ja työelämässä?

6. VERSTAIKEN TULOKSET 2.12.2005

Joulukuun alussa (1. – 2. 12.) järjestettiin Helsingissä, Biomedicumissa sosiaali- ja terveydenhuollon ennakointiseminaari otsikolla ”Terveys, toiminatakyky ja sosiaalinen turvallisuus”. Toisen seminaaripäivän aamupäivä oli varattu ennakoinnin yhteistyöryhmän hanketta palvelevalle tulevaisuusverstaalle. Tässä luvussa kerrataan tuon aamupäivän keskustelujen anti. Hankkeen aikaisemmissa vaiheissa oli kuljettu laajemmista asiakokonaisuuksista kohti yksityiskohtaisempaa tietoa tarkastelunäkökulmaa koko ajan kaventaen. Tämä viimeinen vaihe erosi tästä menettelytavasta ollen enemmänkin kerätyn tiedon aukkopaiikkoja täydentävä ja kokonaisnäkemystä eheyttävä keskustelutilaisuus.

Keskustelun lähtökohtana oli ryhmälle jaettu lista STM-ennakointihankkeen tähän mennessä esille nostamista ydintemoista:

- Rajapinnat
- Peruskoulutus
- Täydennyskoulutus
- Ydinosaaminen
- Johtaminen
- Opetussuunnitelmat
- Rahoitus
- Uusi teknologia

Seuraavassa on omina alalukuinaan terveysalan ja sosiaalialan verstaiden tuotokset. Terveysalan verstaan keskustelut on kirjattu ylös teemoittain, sosiaalialan verstaas taas yleisemmin keskustelun polveilua seuraillen.

6.1 Terveysalan verstaas

Tämän verstaasryhmän keskustelu on ryhmitelty väljästi yllä mainittujen ydintemojen mukaisesti. Tosin aivan kaikkia keskusteluun tuotuja teemoja ei tässä ole

omana kohtanaan raportoitu. Kaksi viimeistä alaotsikkoa, ”potilasasiat” ja ”tulevaisuuden tapoja” ovat tilaisuuteen tuodun listan ulkopuolelta spontaanisti esiin nousseita.

Rajapinnat

Hankkeen aikaisemmissa vaiheissa oli kaipaillu yhteisiä kursseja sosiaali- ja terveysalan opiskelijoille. Ongelmana on, ettei toisen alan toimintatapoja tunneta mistä seuraa turhaa alojen välistä ristivetoa, jolloin potilaan etu voi unohtua. Keskustelussa kävi ilmi, että ammattikorkeakoulutasoisessa opetuksessa on tällaisia yhteisiä kursseja ja näistä kursseista on oikein hyviä kokemuksia. Nämä kurssit toimivat kokonaisnäemyksen ja yhteisymmärryksen parantamiseksi. Ylemmän korkeakoulututkinnon osalta tällainen yhteistyö vielä puuttuu ja sille olisi tarvetta. Keskustelijat näkivät, että sosiaali- ja terveysalojen yhteistyö voisi olla laajempaakin kuin vain koulutukseen keskittyvää. Sosiaali- ja terveysalan tehokkuus voisi parantua jos perustettaisiin soveltavin osin yhteisiä yksiköitä. Tätä mahdollista tehokkuuden parantamista pitäisi sitten tukia ja arvioida. Yleinen kommentti sosiaali- ja terveysalan rajapinnoilla tapahtuvasta kehitystyöstä oli, että pilottiprojekteja alojen välisestä yhteistyöstä tuntuu kyllä olevan - mutta tieto erilaisista piloteista ja niiden kokemuksista ei välity kentälle.

Peruskoulutus

Hankkeen aikaisemmissa vaiheissa tämän teeman keskustelut käsittelivät lähinnä lähi- ja sairaanhoitajien koulutukseen liittyviä seikkoja. Tässä ryhmässä aiheeksi nousi pääosin lääkärien, erityisesti terveyskeskuslääkäreiden, koulutus. Tähän johti huomio siitä, että perusterveydenhuollon lääkärimäärä ei ole noussut (vaikka erikoislääkäreiden osuus on noussut). Keskustelijat arvelivat, että onkohan terveyskeskustoiminnassa kenties jotain pielessä, kun terveyskeskuslääkärien hommat eivät houkuttele. Ryhmässä alettiin pohtia houkuttelevuuteen liittyviä ongelmia, jolloin tärkeimpänä esille nousi se, että terveyskeskuslääkärien työ saatetaan nähdä yksitoikkoisena eikä se tarjoa riittävästi haasteita. Heittona sanottiin: ”Terveyskeskuslääkärien homma saadaan houkuttelevaksi kun terveyskeskuslääkärit saadaan oikeisiin lääkärihommin pelkän nuhalääkkeen annostelun sijaan”. Yhtenä mahdollisena keinona helpottaa perusterveydenhuollon lääkäripulaa ehdotettiin myös perusterveydenhuollon erikoistumisvaihtoehtoa nykyis-

tä useamman yliopiston ohjelmaan. Lisäksi nykyistä yleislääketieteen erikoislääkärin tutkintoa ehdotettiin suunnattavan enemmän terveyskeskuslääkärin erikoislääkärin suuntaan. Terveyskeskuksissakin tarpeet vaihtelevat alueen demografian ja sosiaalisten olojen mukaan. Tähän tarpeeseen vastaamiseksi voisi lääkärikoulutuksen perusosan päälle järjestää täydennys- tai lisäkoulutusta jolla paikataan nimenomaan paikallisia/ alueellisia tarpeita. Lisäksi ryhmän mielestä perusterveydenhuollon lääkäreihin pitäisi panostaa enemmän (siis enemmän virkoja).

Toinen lääkärikoulutusta (lääkäriksi opiskelevia) koskeva esille tullut kysymys kuului: mikä lienee lääkärikoulutukseen hakeutumisen perimmäinen motiivi? Intressi pitäisi olla aito kiinnostus ihmiseen ja ihmisen hyvinvointiin, keskustelijat epäilivät osan lääkäriopiskelijoista olevan kuitenkin ehkä jonkin muun päämäärän (kuten esimerkiksi aseman tai rahan) perässä. Tässä yhteydessä keskusteltuna aiheena tuli esille myös lääkärikoulutuksen keskittyminen sairauksien insinööritieteeseen potilaan kokonaishyvinvoinnin kehittämisen sijaan. Tähän lääkkeeksi ehdotettiin omaa koulutusohjelmaa ”ihmisläheisille” lääkäreille – ja vastaavasti omaa koulutusohjelmaa erikoissairaanhoidon suuntautuneille lääkäreille.

Lisäksi oikean hoidon varmistaminen ja virheiden ehkäisy on erittäin tärkeää lääkärin työssä. Nykyisin lääkityksessä tai muussa hoidossa tehtyjen virheiden korjaamiseen valuu kuitenkin paljon kustannuksia. Tässä suuri vastuu on etenkin terveyskeskuslääkärillä, jolta vaaditaan erittäin tarkkaa silmää, jotta ensimmäinen diagnoosi on oikea - ja jotta ei tuhlaa aikaa ja resursseja väärin tai riittämättömiin hoitoihin. Terveyskeskuslääkärien koulutuksessa sairauksien diagnosoinnin tulisi siis korostua.

Ydinosaaminen

Edellisen teeman käsittelyn yhteydessä jo käsiteltiin terveyskeskuslääkärin työn haastavuuden ongelmaa ja sama keskustelu jatkui myös tämän teeman alla. Ongelmana on se, että terveyskeskuksiin tulee muutakin porukkaa kuin sairaita: terveyskeskus on ensimmäinen paikka johon tullaan, kun/jos on paha olla. Usein näiden muiden kuin fyysisesti sairaiden hoivaamiselta ei jää juuri aikaa tehdä perustehtävää, eli sairauksien diagnosointia ja hoitamista. Ehdotettiin, että tulevaisuudessa terveyskeskuksissa olisi eräänlainen portsarisysteemi (ei kuitenkaan

mikään vartiointiliikkeen henkilö vaan terveydenhuoltoalaan ammattilainen), joka määrittelee sisään tulevan hoidontarpeen ja sen perusteella ohjaa potilaan oikeaan paikkaan. Tuloksena tulisi olla systeemi, joka tunnistaa potilaan tarpeet ja määrittää potilaalle kiireellisyyden ja oikean hoitajan (= tarvitaanko jatkossa lääkäriä vai sairaanhoitajaa). Lisäksi päivänselvien ja lääkärien aikaa vievien rutiinitehtävien hoitamista esimerkiksi influenssa-aaltojen aikaan (ja kansansairauksien osalta) voisi terveyskeskuksissa tehostaa siten, ettei lääkärin tarvitsisi selvään tapaukseen aina ottaa kantaa. Näin varmistetaan se, että jokainen terveydenhuoltoketjun jäsen keskittyy siihen ydintehtävään, johon hänet on koulutettu.

Edellä mainitun systeemin käyttöön otto edellyttää sitä, että ydintehtävät tulisi määritellä ja vakioida jokaisen toimenkuvan suhteen tarkkaan, jotta koulutetun ammattilaisen osaaminen olisi yhteismitallista maan eri osissa. Ongelmana tässä on kuitenkin se, että toimintatavat ja osaamisvaatimukset ovat tätä nykyä kovasti erilaisia maan eri osissa. Keskustelijoiden mielestä näin ei pitäisi olla, sillä miten voi määritellä ydintehtävän ja sen pohjalta muuttaa koulutusta ja rakenteita, kun toimintatavat ja tarpeet ovat niin erilaisia. Siksi tarvitaan huolellista tutkimista ennen kuin terveydenhuollon rakenteita aletaan muuttaa. Työnjaon mahdollinen uudelleen määrittely pitää joka tapauksessa suunnitella yhteistyössä työpaikkojen kanssa. Työnjaon muutokseen on näin ollen todella pitkä tie; rakenteet sosiaali- ja terveysalalla ovat erittäin jäykkiä. Lisäksi vaarana tässä kehityksessä nähtiin, että jos sairaanhoitajista tulee ”pikkulääkäreitä” vie se osaltaan sairaanhoitajia pois työvoimapulasta kärsiviltä aloilta. Työnjaon mahdollisen muuttumisen myötä pitää alimmalle tasolle palkata uutta väkeä, jotta lähihoitajista ei tule käskytysketjun ”viimeisiä tekijöitä”, joille työt kasaantuvat.

Johtaminen

Johtaminen ja erityisesti ihmissuhdejohtamisen huono tila sosiaali- ja terveysalalla on noussut esille useasti hankkeen aikana. Tässä joulukuun toisen päivän tilaisuudessa asian käsittelyä jatkettiin edelleen. Keskustelijoiden mielestä tuskaa aiheuttaa ylimpien johtajien kyvyttömyys ymmärtää sosiaali- ja terveydenhuollon erityisiä tarpeita. Tämä johtaa siihen, että näiden alaisina toimivien terveydenhuollon maisterien (tai tohtorien) kenties valistuneimmat kehittämispyrkimykset valuvat

hukkaan kun hyvät hankkeet jäävät toteutumatta ylempää annettujen politiikka- ja talousasioiden erilaisten prioriteettien takia. Sama koskee myös yleisemmin kuntatason johtajia ja päättäjiä. Nämä pitäisi saada enemmän mukaan päätöksentekoon ja suunnitteluun, kun lääkärien hyvä tahto nykyisin menee helposti hukkaan koska ei ole rahaa toimenpiteiden tekemiseen. Keskustelussa todettiin myös, että vikaa on terveydenhuollon henkilöstössäkin, kun he eivät kykene riittävän hyvin viestittämään tarpeitaan ja toiveitaan päättäjien tietoon. Tulevaisuudessa tiedonkulkua voisi parantaa lähtemällä liikkeelle konkreettisten hoitotavoitteiden kautta, jotka sitten viestitettäisiin kunnan päättäjille.

Johtamiseen kaivattaisiin tulevaisuudessa nykyistä osallistavampaa otetta. Keskustelijoiden kokemusten mukaan monissa maissa ulkomailla toimitaan näin ja henkilökunnan työtyytyväisyys on näissä maissa paljon parempaa kuin suomessa. Johtaminen nähtiin myös tärkeänä kehityskohteena henkilökunnan houkuttelun kannalta. Johtamisen on oltava osallistavampaa, jotta nuorempi väki - jolla usein on kokemuksia ulkomailta erilaisesta johtajakulttuurista - saadaan pysymään alalla.

Opetussuunnitelmat

Tulevaisuuden muuttuvien tarpeiden myötä myös sosiaali- ja terveydenhuollon opintokokonaisuuksia tulee tarkastella, jotta ne vastaavat uusia vaatimuksia. Opintokokonaisuuksia kehitettäessä on niitä tarkasteltava kokonaisuuksina, pelkästään yhden koulutuspalikan lisääminen tai poistaminen ei riitä vastaamaan tuleviin haasteisiin. Tulevaisuuden opetustapojen mahdollisesta muuttumisesta entistä enemmän virtuaaliseen suuntaan keskustelijat olivat jokseenkin epäileväisiä. Virtuaaliympäristöjen kautta voi saada hyviä ammatillisia valmiuksia, mutta ihmissuhdetaitoja ei näillä välinein opita

Ihmissuhdetaitoihin liittyen, yksi eniten vastakaikua tässä ryhmässä saaneista seikoista oli kanta, jonka mukaan ihmissuhdekoulutusta tulisi sisällyttää lääkäriopintojen opetussuunnitelmiin nykyistä enemmän. Muutenkin keskustelijoiden joukossa oli konsensus siitä että potilasasioita ei riittävästi korosteta minkään terveydenhuollon tason koulutuksessa ja tähän pitäisi saada muutos.

Eräs seikka, jonka keskustelijat soisivat olevan opetussuunnitelmiin sisällytettynä, oli tiedottaminen peruskoulutuksen tuomista oikeuksista. Nykyisellään käytännön työtä tekevät hoitajat ja lääkärit eivät tiedä minkä lakien mukaan heidän tulisi toimia.

Hankkeen edellisessä vaiheessa toivottu opintoihin kuuluvan harjoittelun tehostaminen nousi esille myös tällä kerralla. Keskustelijoiden näkemyksen mukaan harjoittelu ei nykyisellään toimi. Harjoittelupaikan henkilökunnalla on usein liian kiire opiskelijan ohjaamiseen. Harjoittelijat koetaan lähinnä rasitteeksi, jotka hidastavat ja hankaloittavat varsinaisen työn tekemistä. Harjoittelijoilla teetetään jotain ammatin opiskelun kannalta toisarvoisia tehtäviä joita vakinainen väki ei ehdi tai viitsi tehdä: harjoittelijat ovat siis aputyövoimaa ikävimpien tehtävien hoitamista varten. Asenteet harjoittelukoulutuksen antamiseen ovat nykyisellään vääränlaisia. Täten, jos harjoittelun halutaan palvelevan sille asetettua tarkoitusta, tulisi tähän saada muutos.

Terveystieteiden opetushenkilökunnan osalta keskustelijat kokivat pedagogisen osaamisen tarkastelun olevan tarpeen. Opetus on vieläkin monilta osin vanhakan- taista vaikka nuoris- ja vaatimukset muuttuneet.

Potilasasiat

Eräs tärkeä, keskustelun pohjaksi annetun teemalistan ulkopuolelta esille noussut teema oli potilasasiat. Tulevaisuudessa potilas muuttuu entistä enemmän objektista toimijaksi ja tämän pitäisi heijastua myös terveystieteiden toiminatavoissa. Keskusteltiin siitä, pitäisikö myös potilaille antaa koulutusta, jotta hänellä olisi oikeanlaiset odotukset ja vaatimukset saamansa hoidon tasosta. Myös ennaltaehkäisevää työtä tulisi tehostaa. Potilaita (tai potentiaalisia potilaita, esim. liikalihavia) olisi opastettava tulevaisuudessa entistä enemmän, ei kuitenkaan niin että sanotaan ”älä syö”, vaan kannustavampia ja ohjaavampia tapoja. Yhtenä käytännön keinona ehdotettiin odotushuoneiden nykyisten lehtivalikoimien ja aina auki olevan television muuttaminen tätä opetustoimintaa tukeväksi. Lehdet voisivat olla terveystietoon keskittyviä ja televisiosta voisi tulla tätä tarkoitusta varten tuotettuja lyhyitä valistustietoiskuja. Samoin apteekit ovat erinomainen kanava terveystiedon välittämiseen.

Potilaan ja lääkärin välisen kommunikoinnin tärkeydestä on tässä luvussa puhuttu jo aiemminkin. Hoitohenkilökunnan tulisi muistaa, että potilas on ihminen, joka odottaa että häntä kuunnellaan ja kohdellaan korrektisti. Potilas ymmärtää, että hoitaja tai lääkäri ei ole täydellinen. Kiireen tai stressin painaessa henkilökunnan pitäisi vain osata sanoa anteeksi ja ilmaista pahoittelunsa jos ei ole täydessä iskussa. Ihmissuhdeosaaminen näkyy myös siinä, että tiedon jakaminen on laadukasta. Ei riitä, että potilaalle selostetaan asiat vauhdilla ja oletetaan että hän heti ymmärtää. Henkilökunnan täytyy myös jollain tavalla pystyä varmistamaan että potilas ymmärtää mitä hänelle on seostettu.

Tulevaisuuden tapoja

Tähän kappaleeseen on koottu yhteen joitakin aikaisemmissa kappaleissa huomioita jääneitä, keskustelussa esille tulleita terveysalan tulevaisuuteen liittyviä lausumia, jotka saivat kannatusta keskustelijoiden parissa.

Sairaanhoitajien ja lääkärin osaamisesta ja työnkuvien uudelleen määrittelyn mahdollisuuksista täytyy tehdä tutkimusta, jotta saataisiin määriteltä kuka yksikössä (esim. terveyskeskuksessa) paikalla olevista voi tehdä ja mitä. Näin saataisiin terveysalalle uusi joustavampi työtapo, joka varsinkin ruuhka-aikoina parantaisi niukkojen resurssien tehokkaampaa kohdentamista.

Informaatioteknologian kehittymisen myötä potilaan yhteydet hoitoa antavaan yksikköön paranevat ja tämä vaikuttaa myös hoitaja-potilassuhteeseen. Tulevaisuudessa toimintatapana voisi olla malli, jossa potilas on tavallaan koko ajan hoidossa mutta kotona ja sovitulla frekvenssillä yhteydessä hoitolaitokseen, jossa yhteydenoton perusteella määritellään hoidon tarve ja reagoidaan siihen (tällainen oli joidenkin keskustelijoiden tietämyksen mukaan jo jossain päin USA:ta toiminnassa). Joissain psykiatrisessa hoidon yksiköissä on nettineuvonta jo käynnissä ja tästä on hyviä kokemuksia. Potilaskontakteja enemmän kuin perinteisessä hoidossa

Ongelmana, joka tulevaisuudessa tulee ratkaista, nähtiin myös se, että nykyinen terveydenhuollon laki rajoittaa toimintatapojen uutta määrittelyä. Lisäksi niukka, usein (keskustelijoiden mielestä) väärin kohdistettu resursointi ja ammattijärjestöt

(erityisesti lääkäriliitto yrittäessään rajoittaa lääkäriksi koulutettavien määriä) nähtiin terveysalan kehityksen jarruina.

6.2 Sosiaalialan verstaas

Sosiaaliryhmän ohjeistuksessa luvun alussa esiteltyjen keskustelun pohjaksi valikoituneiden ydinteemojen rinnalle nostettiin vielä kolme uutta teemaa: muunto-koulutus, yhteistyön rakenteet ja toimintojen keskittäminen/kierrättäminen (strateginen sijoittuminen).

Ryhmää pyydettiin keskustelemaan näihin teemoihin liittyvistä konkreettisista toimenpiteistä.

Keskustelu aloitettiin pohtimalla sosiaalisen merkitystä (sosiaalinen sanan määritelmää) ja varsinkin sitä, kuka käsitteen nykyisen sisällön määrittelee. Keskustelijat totesivat suomalaisessa yhteiskunnassa olevan käynnissä – tai vähintäänkin riskinä – eriarvoistumiskehityksen (polarisaation). Tähän vakavaan tilanteeseen liittyen sosiaalityöllä ja – palveluilla ei ole riittävän merkittävää yhteiskunnallista painoarvoa/arvostusta.

Keskustelijat liittivät tämän teeman rajapinta-teemaan sillä tavalla, että sosiaalinen on koko ajan tapahtunut erilaisissa foorumeissa ja rajapinnoilla hajallaan. Riskiksi on muodostunut hajaantuminen: sosiaalinen häviää kaiken muun sekaan eikä määrity omaksi kokonaisuudekseen. Muun muassa terveys nielaisee sosiaalisen sisäänsä. Samalla korostuu korjaava sosiaalityö/ korjaavat sosiaalipalvelut.

Rajapinnoilla tapahtuvan kehittymisen aiheuttama riski näyttäytyy kahdesta eri näkökulmasta: toisaalta on vaarana, että sosiaalityö hajaantuu eri foorumeille kun jo pidemmälle kehittyneet professiot tavallaan sisäistävät ja omivat sosiaalialan osa-alueita. Samanaikaisesti on vaarana, että sosiaaliala itse näivettyy pieneksi ydinkokonaisuudeksi (ne osa-alueet, jotka eivät ole kenellekään kelvanneet) ja määritetty lähinnä muiden kautta korjaaviin palveluihin.

Marginaaliin jäävät tällöin muun muassa kysymykset siitä, että kuinka paljon sosiaalityöllä ja -palveluilla voitaisiin estää ongelmia ja korjaavien toimenpiteiden tarvetta etukäteen. Ja tähän liittyy keskustelun alussa esille tuotu tarve sosiaalisen uudelleen määrittelystä ja siitä, että määritelmä pitäisi tehdä sosiaalityön itsensä näkökulmasta. Olennaiseksi tehtäväksi määriteltiin tästä näkökulmasta:

- Sosiaalialan ydinosoamisen uudelleen määrittely
- Sosiaalialan johtamisen kehittäminen niin, ettei sosiaalinen häviä kaiken muun sekaan
- Sosiaalialan opetussuunnitelmien kehittämisen

Keskustelua jatkettiin pohtimalla sosiaalisten palveluiden nykytilan ja tavoitetilan eroa. Tällöin korostui se, että nykyisin voimavarat riittävät lähinnä korjaaviin palveluihin ja toimenpiteisiin, vaikka tavoitteena pitäisi olla ennalta ehkäisevä työ. Keskustelijat pohtivat, että tätä sosiaalialan ennalta ehkäisevää visiota tukee myös se, että olemme monessa asiassa siinä tilanteessa, että merkittävää parannusta ei enää saada aikaan terveydenhuollon menetelmillä (tai siihen ei ainakaan ole varaa). Tällöin sosiaalialan ennaltaehkäisevä potentiaali korostuu.

Merkittäväksi esteeksi identifiointiin sosiaalialan ammatillisen identiteetin puuttuminen/heikkous. Tästä syystä sosiaalialan ammattilaisilla ei ehkä ole riittäviä resursseja tai rohkeutta toimia rajapinnoilla. Ammatti-identiteetin lisäksi pohdittiin myös sitä, että puuttuuko alalta menetelmiä ja faktaa siitä, mitä tehdään ja miksi ja mitä siitä seuraa? Tehdäänkö sosiaalialan päätökset sumealla logiikalla niin, että syy- ja seuraussuhteet selitetään ja ymmärretään vasta jälkeenpäin? Onko tämä ”epätieteellisyys” ominaista sosiaalialalle? Tähän kysymykseen ryhmä lopulta vastasi, että ei ole tyyppilistä: sosiaaliala on yhtä tieteellistä/tosiasioihin perustuvaa kuin muukin yhteiskunnallinen toiminta tai esim. lääketiede, mutta nämä syyt ja seuraukset ovat tällä hetkellä huonosti esille tuotuja/esiin kirjoitettuja. Toimenpiteiksi hahmottui:

- Sosiaalialan ammatti-identiteetin kehittäminen
- Ennaltaehkäisevän sosiaalityön kehittäminen

Haasteena on rajapintojen haltuunotto siten, että sosiaalialan erityisyys ja erityi-

nen ydinosoaminen säilytetään. Edellä olevia toimenpiteitä/tavoitteita myös tarkennettiin seuraavilla toimenpide-ehdotuksilla:

- Sosiaalialan toimintoluokituksia on kehitettävä edelleen ja kirjattava systemaattisesti näkyväksi (tällä tavalla tulevat myös tehdyt työt ja saavutetut tulokset näkyväksi)
- Kuntarakenneuudistuksen yhteydessä on joka tapauksessa tehtävä sosiaalialan tarpeen uudelleen määrittäksiä. Tässä yhteydessä on sosiaaliala määriteltävä ajan, paikan ja tilan suhteen sosiaalialan omista lähtökohdista käsin ja ennakoivaa, ennaltaehkäisevää sosiaalityötä korostaen.

Ennaltaehkäisyn yhteydessä keskusteltiin myös varhaiskasvatuksesta. Niistä lapsista ja nuorista joilla ei ole erityisiä ongelmia. Samalla kun sosiaaliala on viime vuosina määritelty jossakin mielessä terveysalan kautta, on myös sosiaalialan tehtäväkenttä tulkittu/määritelty sairauksien kautta. Ratkaisuja etsitään sairauksien ja ongelmien kautta. Ennaltaehkäisevä sosiaalityö painottuu yhä enemmän ihmisiin, joilla ei ole erityisiä ongelmia. Tästä näkökulmasta muun muassa varhaiskasvatuksen ja sosiaalityön rajapinta on merkittävä kehittämiskohde.

Tässä kohden ryhmässä käytiin lyhyesti läpi keskustelun alkuosa. Samalla pyrittiin tiivistämään sosiaalialan ydinosoamisen kulmakivet. Tässä yhteydessä esille nousivat seuraavat, sosiaalialan erityisluonnetta kuvaavat määritelmät:

- Sosiaalinen on arjen pärjäämistä
- Sosiaaliala on ennalta ehkäisevää
- Sosiaalialaa määrittelevät liittyminen ja välittäminen
- Sosiaaliala perustuu aktiiviseen ja kokonaisvaltaiseen (psykkinen, fyysinen ja sosiaalinen) ihmiskuvaan
- Sosiaalialan perustehtävänä on vuorovaikutuksen ja yhteisöllisyyden edesauttaminen - sosiaalisen pääoman rakentaminen

Seuraavaksi ryhmää pyydettiin tämän ydinosoamisen ja myös edellä aiemmin lueteltujen tehtävien pohjalta määrittelemään uusia sisältöjä ja painopistealueita sosiaalialan opetussuunnitelmiin. Valituiksi tulivat seuraavat teemat:

- Yhteisöllisyyteen ja vuorovaikutukseen liittyvä osaaminen
- Yhteisöjen kanssa/tasolla toimiminen (yksilöiden lisäksi/ohella)
- Varhainen havaitseminen
- Kokonaisvaltaisuus (psykologinen, fyysinen ja sosiaalinen)

Nämä teemat yhdessä muodostavat ennaltaehkäisevän sosiaalisen pääoman rakentamisen ydinosaamisen. Lisäksi painotettiin:

- Laaja-alaista sosiaalista ja kulttuurista osaamista
- Muutosagenttina toimimista
- Sosiaalisten prosessien tunnistamista, havainnoimista ja niihin vaikuttamista
- Toimintoluokituksen/ammatti-identiteetin kehittämistä
- Moniammatillista tiimityöskentelyn hallintaa (ei niin että yhteistä tietoa kaikille niin, että kukaan ei enää osaa erityisalaansa – vaan eri alojen ja erilaisen osaamisen omaavien ihmisten tiimityöskentelyn kehittämistä)
- Ihmisten/asiakkaiden osallistamista

Seuraavaksi pohdittiin sitä, että alan perusopetukseen on käytettävissä varsin rajallinen määrä opetusaikaa. Siinä ajassa ei ehdi oppia kuin alan perusteet. Ja perusopetuksen perimmäisenä tehtävänä myös pitää olla alan perusteiden hyvä tuntemus. Erityisosaamiset yms. teemat on siksi siirrettävä pikemminkin täydennyskoulutukseen. Sillä tavalla perusopetus ja täydennyskoulutus muodostaisivat kumuloituvan opetuksen ja oppimisen prosessin.

Tähänkään ajatukseen ei kuitenkaan oltu tyytyväisiä, koska ryhmän jäsenistä tuntui siltä, että myös täydennyskoulutus on pohjaton suo: uralla eteneminen ja kehityksen kyydissä pysyminen vaatii tutkintoja tutkintojen perään. Sitäkään ei voida pitää positiivisena, haluttuna tavoitteena: eikö mikään riitä? Ongelmaksi määriteltiin suomalaisten tittlinkipeys ja tutkintojen arvostamisen.

Tästä näkökulmasta pohdittiin vaihtoehtoja täydennyskoulutukselle ja päädyttiin palkitsemisjärjestelmiin ja uralla etenemisen rakenteisiin. Erityisosaamisen kasvu työelämässä todettiin työyhteisölliseksi asiaksi – kyseessä on samankaltainen pro-

sessi kuin hiljaisen tiedon siirtymisessä. Työyhteisön lisäksi erityisosaamisen kasvua tulisi ohjata asiakkaiden tarve.

Palkitsemisjärjestelmä voi koostua muun muassa urakehityksestä, palkkauksesta, työn ohjauksesta ja joiltakin osin myös täydennyskoulutuksesta. Tällä tavalla täydennyskoulutus, palkitsemisjärjestelmä ja sosiaalialan johtamisjärjestelmä liittyvät tiivistä yhteen: uralla eteneminen ja erityisosaamisen kasvu saadaan aikaan työyhteisön kokemusten jakamisella (tiimityöskentelyn, tutoroinnin, mentoroinnin yms. rakenteilla), palkitsemisjärjestelmällä ja täydennyskoulutuksella. Tämä edellyttää vahvaa ja osaavaa johtamisjärjestelmää. Tuloksena on oppiva organisaatio ja entistä palkitsevampi työ jossa on monta uralla etenemisen tapaa erikoistumisen kautta. Tämä osaamisen haluttuunotto tiivistettiin lopuksi seuraaviin kehitysteemoihin:

- Täydennyskoulutus (työyhteisön ja asiakkaan tarpeiden mukaan erikoistuminen)
- Urakehitys (palkitsevalla ja työn ohjauksella)
- Johtajuus (oppivan organisaation kehittäminen)

Ja kaiken tämän tuloksena syntyy työn iloa ja entistä vahvempi ammatti-identiteetti. Lopuksi päädyttiin siihen mistä aloitettiin – eli keskusteluun siitä, että onko erikoistumisen tuoman työn ilon vastapainona riski siitä, että sosiaalinen hajaantuu ja häviää.

Koska ryhmälle jäi vielä aikaa, niin loppukeskusteluun nostettiin aiemmin esille nostettu muutosagenttina toimiminen. Miten sosiaaliala voisi toimia suomalaisen yhteiskunnan muutosagenttina? Tähän haasteeseen ryhmä vastasi että teoilla, osaamisella ja tiedoilla. Sosiaalialan ammattilaiset kohtaavat suomalaisen yhteiskunnan todellisuuden ja jos ala kykenee tuomaan nämä faktat perustellusti esille, niin esille tuominen tuottaa myös muutosta. Toimenpiteiksi tähän teemaan kirjattiin lopuksi:

- Sosiaalialan toimintoluokituksen yms. tilastoinnin kehittäminen
- Sosiaalialan raportoinnin kehittäminen
- Sosiaalialan mediaosaamisen kehittäminen (media on niin vahva muutosagentti, että sen rakenteet on hallittava alalla kuin alalla)

7. HEIKKOJA SIGNAALEJA

Heikko signaali on tapahtuma tai ilmiö, jota voidaan pitää ensimmäisenä ilmauksena muutoksesta. Heikot signaalit voivat ensinnäkin olla ns. aikaista informaatiota. Esimerkkinä voidaan ajatella vaikka tietoa jostain mahdollisesta tapahtumasta, joka ei kuitenkaan vielä ole konkretisoitunut (vaikka aikainen tutkimustieto tai löydös joltain tieteen alalta). Toiseksi heikot signaalit ovat muutoksen ensioireita. Tuleva tapahtuma ei ehkä itsessään ole näkyvä, mutta se voi ”oireilla”, ja lukien kyseisiä oireita on mahdollista ennakoida muutos. Luonteeltaan heikko signaali on usein hämmentävä ja provokatiivinen, odottamaton. Sen yhteyttä tulevaan tilanteeseen ei välttämättä voida perustella tilastollisesti uskottavalla jatkuvuudella, kuten esimerkiksi historiallisella aikasarjalla. Sen sijaan se on ilmaantuessaan (tai se heijastaa omassa ympäristössään) jotain uutta, jotain sellaista, mitä ei aikaisemmin oikeastaan ole ollut. Usein sille, joka ensimmäisenä havaitsee heikon signaalin merkityksen kehitykselle, saatetaan nauraa, häntä epäillä ja hänen tieteellisyytensä voidaan kyseenalaistaa. Joka tapauksessa heikko signaali ilmaantuessaan asettaa aikaisemmat uskomukset ja käsitykset asioiden kehityskulusta ja tulevaisuudesta kyseenalaisiksi (Rubin 2004).

Tämän sosiaali- ja terveysalan tulevaisuuden työvoima- ja koulutustarpeita ennakoiden hankkeen aikana joitakin yllä määritellyn kaltaisia innovaatioita tai arveluita on tullut esille, alla on lyhyt lista tällaisista signaaleista.

- teknologian kehittyminen muuttaa nykyisin paikkasidonnaiset palvelut paikasta riippumattomiksi ja näin tasoittaa alueellisia eroja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tarjonnassa
- ammattiliittojen merkitys tulevaisuudessa vähenee, työ- ja koulutusmarkkinat siirtyvät enemmän alueellisen ja paikallisen sopimisen suuntaan
- lasten (ja tulevaisuuden aikuisten) mielenterveys- ja käytöshäiriöt tulevat lisääntymään
- kaikkein huonoiten pärjääville, itsestään välinpitämättömille henkilöille toteutettava omanlaisensa sosiaalipalvelut

- varakkailta henkilöiltä evätään oikeus valtion tarjoamien sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttämiseen
- ikäjakauman tasoittamiseksi ja nyt uhkaavan kaltaisen eläköitymisaallon välttämiseksi tulevaisuudessa soveltuville aloille otetaan käyttöön eri-ikäisten työntekijöiden kiintiöt siten, että jokaisesta ikäsegmentistä tulee olla väkeä vähintään tietyn määrän verran
- tulevaisuudessa syrjäseutuja palvellaan liikkuvien klinikoiden (vrt. kirjas-to- ja kauppa-autot) avulla
- terveydenhuoltoalan yksityispuolelle tulee jonkin tietyn lääketieteellisen operaation (esim. lonkkaleikkaus) bulkkimyyjiä
- vakuutusyhtiöiden korvaamien operaatioiden tuottajatahot eriytyvät omiksi yksiköikseen
- alueellisen terveystiedon jalostaminen ja nykyistä paljon laajempi hyväksikäyttö osana sosiaali- ja terveydenhuollon mitoitusyötä
- kalliita terveydenhuollon toimenpiteitä tuotetaan yhteistyössä muiden Pohjoismaiden kanssa
- Petroskoihin perustetaan lähialueyhteistyönä suomalaisen opetusohjelman mukaan toimiva terveydenhuolto-oppilaitos, jossa yhtenä keskeisenä aineena suomen kieli.
- päivähoidossa rakennetaan kuntoutussuunnitelmia liikalihavuudesta kärsiville lapsille

LÄHTEET:

- Kuusi, Osmo (2002) Delfoi-menetelmä. Teoksessa: *Tulevaisuudentutkimus, Perusteet ja sovellukset*. Toim. Kamppinen, Matti, Kuusi, Osmo & Söderlund, Sari. Suomalaisen kirjallisuuden seuran toimituksia 896.
- Linstone, Harold A. & Turoff, Murray (1975) *The Delphi Method: Techniques and Applications*. Reading, MA : Addison-Wesley.
- Linturi, Hannu (2002) Artikkel ”Delfoi-oraakkelin matkassa”. Osoitteessa http://survix.internetix.fi/fi/content/futuoppi/2_metodit/delfix
- Rubin, Anita (2004) Artikkel ”Heikot signaalit” Tulevaisuudentutkimuksen opimateriaaliportaali TOPI:n sivuilla. Osoite <http://www.tukkk.fi/tutu/topi/tekstit/toimintaymp%C3%A4rist%C3%B6/heikot%20signaalit.htm>

LIITE 1: Kyselylomake

Oheinen lomake on sosiaali- ja terveysalan yhdistetty lomake, juuri tällaiseen kyselyyn vastasivat ne henkilöt, jotka eivät pystyneet tarkkaan määrittelemään olivatko ensisijassa sosiaali- tai terveysalan ammattilaisia. Sosiaali- ja terveysalan lomakkeet sisälsivät samat kysymykset kuin tässä, mutta kyselyt olivat lyhyempiä sillä sosiaalialan välttä ei kysytty yksityiskohtaisia tulevaisuudennäkemyksiä terveysalasta ja päinvastoin.

SOSIAALI- JA TERVEYSALAN TULEVAISUUDEN KOULUTUSTARPEET



Vastaamisohje

Kysely on jaettu yhdeksään sosiaali- ja terveydenhuollon aihealueita käsittelevään osioon. Kukin osio alkaa joko listalla vaihtoehtoja tai muutamalla avoimella kysymyksellä ja loppuu useissa kohdissa väitekysymyksiin. Tulevaisuutta koskevien kysymysten aikajänteeksi on määritelty vuosi 2015.

Avoimiin kysymyksiin vastaaminen tapahtuu kirjoittamalla vastaus sille varattuun tilaan. Väitekysymyksissä valitaan näkemystä parhaiten vastaava vaihtoehto klikkaamalla hiirtä osoittimen ollessa halutun vaihtoehdon kohdalla. Kysely on jaettu sivuihin ja siirtyminen sivulta toiselle tapahtuu painamalla painiketta *Edellinen* tai *Seuraava*.

Voit keskeyttää kyselyyn vastaamisen ja palata myöhemmin jatkamaan kyselyä samasta kohdasta. Ohjeet tähän saat painamalla kolmen sivun välein näkyvää *Keskeytä*-painiketta.

Vastaamiseen on aikaa **10.6.2005** asti.

Vastaajan tiedot

Vastaustapa

- ☐ yksin
☐ ryhmässä

Maakunta, jossa pääasiallisesti toimit(te)

Sukupuoli

- ☐ nainen
☐ mies

Ikä

Vastaajan koulutustaso

- ☐ toinen aste/opisto
☐ ammattikorkeakoulu
☐ yliopisto tai muu korkeakoulu

Työkokemuksen pituus (vuosia)

Kyselyssä on kolme polkua (sosiaaliala, terveysala ja joku muu), joista tulee valita omaa asiantuntijuusaluutta lähinnä oleva vaihtoehto. Vaihtoehto kolme (joku muu) on tarkoitettu niille vastaajille, jotka eivät pysty määrittelemään omaa ensisijaista asiantuntijuusaluuttaan näin yksiselitteisesti. Ensimmäisen ja toisen vaihtoehdon valinnat ohjautuvat automaattisesti lomakkeisiin, joissa pääpaino on valitun alan kysymyksissä, vaihtoehdon kolme valinnat vastaavat sekä sosiaali- että terveysalan kysymyksiin.

*

Ala, jota edustat(te) ensisijaisesti

- ☐ sosiaaliala
☐ terveysala
☐ joku muu, mikä?

1. Hyvinvointi ja hyvinvointivaltion arvoperusta

Perustuslain 19 pykälässä säädetään: ”Jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Lailla taataan jokaiselle oikeus perustoimeentulon turvaan työttömyyden, sairauden, työkyvyttömyyden ja vanhuuden aikana sekä lapsen syntymän ja huoltajan menetyksen perusteella.”

Suomessa on hyvinvointipolitiikkaa kehitetty universalististen periaatteiden mukaan. On pidetty itsestäänselvyytenä, että jokaisella kansalaisella on tasavertainen oikeus saada samantasoisia palveluja tulotasosta tai asuinpaikasta riippumatta. Sosiaaliturvan rahoitustilanteen kiristyessä on alkanut kuulua tätä periaatetta arvostelevia äänenpainoja.

Väestön elinikä on noussut ja toimintakykyisten elinvuosien määrä on lisääntynyt. Terveystila on kehittynyt pääosin myönteisesti kaikissa ikäluokissa ja molemmilla sukupuolilla. Myönteisen kehityksen suurimmat uhat ovat väestön selvä lihominen ja alkoholin kulutuksen lisääntyminen. Väestöryhmien väliset terveyserot ovat myös kasvusuunnassa.

Suomalaisten koulutustaso nousee koko ajan. Myös yleinen terveystietoisuus on kasvanut ja tämän tietoisuuden kasvaminen on näkynyt esimerkiksi sydän- ja verisuonitautien vähentymisenä.

1.1 Mitkä ovat aikavälillä 2005 – 2015 merkittävimpiä hyvinvoinnin kehittymistä **vahvistavia** tekijöitä? Valitse **kolme** tärkeintä.

- ☐ koulutustason nousu (ja siihen liittyvä terveystietoisuuden paraneminen)
- ☐ teknologian kehitys
- ☐ yleisen turvallisuuden paraneminen
- ☐ yhteisvastuullisuuden kasvaminen
- ☐ talouskasvu
- ☐ sosiaali- ja terveyspalvelujen laadun paraneminen
- ☐ koko maan asuttuna pitämiseen tähtäävät toimet
- ☐ muiden kuin sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuus (kirjasto, kauppa, koulutuspalvelut, yms.)
- ☐ joku muu, mikä?

1.2 Perustele kohdassa 1.1 tekemäsi valinnat.

1.3 Mitkä ovat aikavälillä 2005 – 2015 merkittävimpiä hyvinvoinnin kehittämisen **haasteita**? Valitse **kolme** tärkeintä.

- ☐ väestön ikääntyminen
- ☐ kaupungistuminen
- ☐ eriarvoistuminen
- ☐ köyhyys
- ☐ itsekkyiden kasvaminen
- ☐ sosiaali- ja terveyspalvelujen keskittyminen
- ☐ työelämän kasvavat vaatimukset
- ☐ lasten ja nuorten ongelmat
- ☐ päihteiden käyttö
- ☐ työttömyys
- ☐ joku muu, mikä?

1.4 Perustele kohdassa 1.3 tekemäsi valinnat.

1.5 Mitä mieltä olet seuraavista väitelauseista?
(1=täysin eri mieltä - 6=täysin samaa mieltä)

	1	2	3	4	5	6
Vuonna 2015 kansalaiset saavat samantasoisia sosiaalipalveluja riippumatta siitä missä päin Suomea asuvat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vuonna 2015 kansalaiset saavat samantasoisia terveyspalveluja riippumatta siitä missä päin Suomea asuvat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Julkinen sosiaalihuolto keskittyy tulevaisuudessa ainoastaan kaikkein vähävaraisimpien avustamiseen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Julkinen terveydenhuolto keskittyy tulevaisuudessa ainoastaan kaikkein vähävaraisimpien avustamiseen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kaikilla kansalaisilla on tulevaisuudessa varallisuudesta riippumatta samat oikeudet sosiaali- ja terveyspalveluihin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Varakkaiden kansalaisten sosiaali- ja terveyspalvelut tuotetaan jatkossa yksityisesti vapaaehtoisten vakuutusten turvin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tulevaisuudessa itseaiheutetut, elämäntavoista johtuvat sairaudet ovat hoitamisjärjestyksessä toissijaisia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1.6 Miten arvioit seuraavien asioiden kehittyvän vuoteen 2015 mennessä?
(1=vähenee merkittävästi - 5=lisääntyy merkittävästi)

	1	2	3	4	5
kansalaisen vastuu omasta hyvinvoinnistaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
laitoshoidon määrä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kotihoidon määrä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
perhetyön määrä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lääkehoidon määrä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sosiaali- ja terveysalan erityispiirteenä oleva työvoimaintensivisyys	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Väestökehitys ja eri väestöryhmät

Suomella on sotien jälkeen ollut talouskasvulle ja julkistaloudelle edullinen ikärakenne eli paljon työikäistä väestöä ja verraten vähän ikääntyneitä. Suurten ikäluokkien siirtyminen eläkkeelle kääntää tilanteen toiseksi jo alle kymmenen vuoden päästä. Vuonna 1960 OECD-maassa elävä mies eli keskimäärin 68 vuotta, josta hän työskenteli 50 vuotta. Nyt miehen elinajan odote on keskimäärin 75 vuotta, josta työssäkäynnin osuus on noin 38 vuotta (Kautto (2) 2004, 7).

Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon työllisestä työvoimasta lähes kolmasosan arvioidaan jäävän eläkkeelle vuoteen 2012 mennessä. Samaan aikaan sosiaali- ja terveyspalveluiden tarve tulee kasvamaan.

Palvelujen kysyntä

2.1 Mitkä **sairaudet** ovat merkittävimpiä vuonna 2015?

2.2 Mitkä **sosiaaliset ongelmat** ovat merkittävimpiä vuonna 2015?

2.3 Miten arvioit seuraavien asioiden kehittyvän vuoteen 2015 mennessä?

(1=vähenee merkittävästi - 5=lisääntyy merkittävästi)

	1	2	3	4	5
Lapsille, nuorille sekä lapsiperheille tarjottavien sosiaalipalvelujen tarve	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lapsille, nuorille sekä lapsiperheille tarjottavien terveyspalvelujen tarve	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aktiiviväestölle (18-65 v.) tarjottavien sosiaalipalvelujen tarve	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aktiiviväestölle (18-65 v.) tarjottavien terveyspalvelujen tarve	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ikääntyneille tarjottavien sosiaalipalvelujen tarve	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ikääntyneille tarjottavien terveyspalvelujen tarve	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.4 Kerro esimerkkejä kysymyksen 2.3 liittyvistä mahdollisista uusista tarpeista tai niiden vähenemisestä.

Palvelujen tarjonta

2.5 Minkälaisia haasteita henkilökunnan nopea eläköityminen aiheuttaa **sosiaalialalle**?

2.6 Minkälaisia haasteita henkilökunnan nopea eläköityminen aiheuttaa **terveysalalle**?

2.7 Millä alueilla **sosiaalipalvelujen** sisällä on mahdollisesti tulevaisuudessa odotettavissa työvoimapulaa? Mikä on tämän muutoksen pääsyy?

2.8 Millä alueilla **terveyspalvelujen** sisällä on mahdollisesti tulevaisuudessa odotettavissa työvoimapulaa? Mikä on tämän muutoksen pääsyy?

2.9 Millä alueilla **sosiaalipalvelujen** sisällä voidaan mahdollisesti odottaa työvoimantarpeen tulevaisuudessa vähenevän? Mikä on tämän muutoksen pääsyy?

2.10 Millä alueilla **terveyspalvelujen** sisällä voidaan mahdollisesti odottaa työvoimantarpeen tulevaisuudessa vähenevän? Mikä on tämän muutoksen pääsyy?

3. Alueellinen kehitys

Yhtäikäinen väestön ikääntyminen ja maan sisäinen muuttoliike vaikeuttavat tasavertaisen hyvinvointipalvelujen tarjoamista kaikille kansalaisille. Palvelujen tarve kehittyy eri tavalla eri kunnissa, samoin kuntien tulopohjat. Palvelujen saatavuus vaarantuu erityisesti vanhusvoittoisilla muuttotappioalueilla, joilla tarvitaan paljon hoito- ja hoivapalveluja samaan aikaan kun kuntien talous heikentyy ja hoitoalan työvoiman saatavuus vaikeutuu aktiivikäisten poismuuton vuoksi... Etelä- ja Länsi-Suomen kasvukeskuksissa puolestaan on paljon niin vanhuksia kuin lapsiakin, mutta koska myös työssä käyviä on runsaasti, työikäistä kohti laskettu kustannusrasitus nousee vähemmän kuin muuttotappioalueilla (Parjanne 2004, 42).

3.1 Arvioi, miten **sosiaalihuollon** tarpeet vaihtelevat maan eri osissa (esim. kaupungit vs. syrjäseudut).

3.2 Arvioi, miten **terveydenhuollon** tarpeet vaihtelevat maan eri osissa (esim. kaupungit vs. syrjäseudut).

3.3 Arvioi, miten **sosiaalialan** tuottajatahojen kenttä on muuttunut vuoteen 2015 mennessä (esim. keskittymistä, nimeä myös yksiköitä joihin tämä kehitys eniten vaikuttaa).

3.4 Arvioi, miten **terveysalan** tuottajatahojen kenttä on muuttunut vuoteen 2015 mennessä (esim. keskittymistä, nimeä myös yksiköitä joihin tämä kehitys eniten vaikuttaa).

3.5 Arvioi, miten **sosiaalialan** koulutusverkosto on muuttunut vuoteen 2015 mennessä (koulutuspaikkojen määrä ja maantieteellinen sijoittuminen).

3.6 Arvioi, miten **terveysalan** koulutusverkosto on muuttunut vuoteen 2015 mennessä (koulutuspaikkojen määrä ja maantieteellinen sijoittuminen).

3.7 Miten toivottavana pidät seuraavaa?
(1=ei lainkaan toivottava - 6=erittäin toivottava)

3.8 Mitä mieltä olet seuraavasta väitelauseesta?
(1=täysin eri mieltä - 6=täysin samaa mieltä)

4. Suomalaisen yhteiskunnan kansainvälistyminen ja monikulttuurisuus

Ulkomailla muuttaa vuosittain enemmän väkeä Suomeen kuin Suomesta ulkomaille. Nettomuutto on viime vuosien aikana vaihdellut noin kahdentuhannen ja kuudentuhannen välillä. Tulevaisuudessa osaajien tarve maassa kasvaa ja tämä luo tarpeen aktiivisen maahanmuuttopolitiikan harjoittamiselle. Sitran Suomi 2015 –raportin mukaan ”Suomelle tulee luoda aktiivinen maahanmuuttopolitiikka, jossa pakolaispolitiikka ja siirtolaispolitiikka ovat selvästi omia alueitaan.” (Suomi 2015 2, 9–10).

Suomeen muuttaneista ulkomaalaisista venäläiset ja entiset IVY –maiden asukkaat ovat suurin ryhmä, kun tarkastellaan muita kuin paluumuuttajia (Kautto 2004, 110). Vuonna 2003 nettomuutto kattoi 43 prosenttia väestönlisäyksestä. Samana vuonna ulkomailta syntyneitä oli Suomen väestöstä 3%. Vuoteen 2015 tämän osuuden ennustetaan nousevan 4,1%:iin (Forsander 2004, 72).

4.1 Millaisia muutostarpeita ulkomaalaistaustaiset asiakkaat aiheuttavat sosiaali- ja terveysalalle?

4.2 Millaisia muutostarpeita ulkomaalaistaustaiset henkilökunnan jäsenet aiheuttavat sosiaali- ja terveysalalle?

4.3 Mitkä ovat maahanmuuttajien tärkeimmät lähtömaat vuonna 2015? Mainitse kolme tärkeintä.

4.4 Mitä mieltä olet seuraavista väitelauseista?
(1=täysin eri mieltä - 5=täysin samaa mieltä)

	1	2	3	4	5
1960- ja 1970 -luvuilla ulkomaille (erityisesti Ruotsiin) muuttaneet suomalaiset tulevat viettämään eläkevuosiaan Suomeen (siinä määrin, että se tulee ottaa palvelujen mitoittamisen suunnittelussa huomioon).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sosiaali- ja terveysalan tulee harjoittaa aktiivista rekrytointipolitiikkaa ulkomailta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4.5 Jos annoit kohdan 4.4 jälkimmäiselle väitelauseelle arvon 4-5, niin mille aloille erityisesti ja mistä maista?

5. Teknologian kehittyminen

Hoitoteknologian ja lääketieteen kehitys avaa merkittäviä mahdollisuuksia tehostaa sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistä ja tuottamista. Uusi teknologia ja parantuvat yhteydet tarjoavat mahdollisuuden esimerkiksi vähentää etäisyyden merkitystä palvelujen järjestämisessä, mikä helpottaa palvelujen saatavuutta erityisesti syrjäseuduilla. Jos teknologiaa hyväksikäyttämällä onnistutaan tehostamaan palvelusektorin toimintaa ja kohottamaan työn tuottavuutta, hillitsee se ikääntymisestä aiheutuvia julkisen talouden menopaineita ja työvoiman tarvetta olennaisesti (Parjanne 2004, 42-43).

Erityisesti informaatioteknologia on tullut nopeasti keskeiseksi työkaluksi terveydenhuoltoon, sillä terveyssektori voi hyödyntää monella tavalla tieto- ja viestintätekniikkaa (Metsämuuronen 2001, 36) Sosiaalityön eri toimintojen (lastensuojelu, päihdehuolto, vammaispalvelut ja muu sosiaalityö) ja toimeentulotuen osalta järjestelmiä käytetään laajimmillaan sekä hakemusten käsittelyn, päätöksenteon ja maksatuksen välineinä että asiakaskertomusten kirjaamisessa (Sahala 2005, 17).

5.1 Minkä alojen sovellukset tulevat merkittävimmin vaikuttamaan sosiaali- ja terveysalan tulevaisuuteen vuoteen 2015 mennessä? Valitse **enintään kolme**. Anna myös esimerkkejä sovellutuksista.

☐ tieto- ja viestintätekniikan laitteet, hardware

☐ ohjelmistoratkaisut, software

☐ biotekniikka

☐ nanotekniikka

☐ joku muu, mikä?

5.2 Minkä alojen palvelusovellukset tulevat merkittävimmin vaikuttamaan sosiaali- ja terveysalan tulevaisuuteen vuoteen 2015 mennessä? Valitse **enintään kolme**. Anna myös esimerkkejä sovellutuksista.

- ☐ sähköiset potilaskertomukset
- ☐ sähköiset hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmat
- ☐ internet-apteekit
- ☐ älykorttipalvelut
- ☐ etäkonsultaatioon perustuvat palvelut
- ☐ telelääketiede
- ☐ kotisairaala
- ☐ virtuaaliympäristöjen luominen asiakastyön avuksi
- ☐ joku muu, mikä?

5.3 Minkälaisia uusia osaamistarpeita teknologian kehittyminen aiheuttaa **sosiaalialalle**?

5.4 Minkälaisia uusia osaamistarpeita teknologian kehittyminen aiheuttaa **terveysalalle**?

5.5 Millaisia (positiivisia tai negatiivisia) vaikutuksia teknologisoitumiskehityksellä on **sosiaalialan** toimintatapojen ja asiakkaiden kannalta?

5.6 Millaisia (positiivisia tai negatiivisia) vaikutuksia teknologisoitumiskehityksellä on **terveysalan** toimintatapojen ja asiakkaiden kannalta?

6. Sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoittaja- ja tuottajatahojen muutokset

Kunnilla on keskeinen asema (julkisten) sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisessa ja rahoittamisessa. Vuonna 2003 kunnat rahoittivat noin 65 prosenttia sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannuksista. Valtionosuuksilla katettiin menoista noin 25 prosenttia ja asiakasmaksuilla rahoitettiin loput kymmenen prosenttia. Vuoden 2003 jälkeen on valtion rahoittamaa osuutta nostettu. Vuonna 2005 valtionosuusprosentti on 32,99. (<http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/sostu/sosme/index.htm>).

Yksityiset palveluntuottajat, järjestöt ja yritykset, tuottavat lähes neljäsosan kaikista sosiaalipalveluista ja viidesosan terveyspalveluista henkilöstön määrällä mitattuna. Yksityisten palveluntuottajien osuus on kasvanut erityisesti 1990-luvun jälkipuoliskolla. Kasvu on ollut nopeinta sosiaalipalveluissa (Kauppinen & Niskanen 2005).

6.1 Miten **sosiaalipalvelujen rahoittajatahojen** merkitys tulee kehittymään vuoteen 2015 mennessä?
(1=vähenee merkittävästi - 5=lisääntyy merkittävästi)

	1	2	3	4	5
valtio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kunta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kela	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
potilas itse/potilaan omaiset (sis. vapaaehtoiset vakuutukset)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
maakunta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EU	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
joku muu taho (kirjoita taho kohtaan 6.2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6.2

6.3 Miten **terveyspalvelujen rahoittajatahojen** merkitys tulee kehittymään vuoteen 2015 mennessä?
(1=vähenee merkittävästi - 5=lisääntyy merkittävästi)

	1	2	3	4	5
valtio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kunta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kela	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
potilas itse/potilaan omaiset (sis. vapaaehtoiset vakuutukset)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
maakunta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EU	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
joku muu taho (kirjoita taho kohtaan 6.4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6.4

6.5 Miten **sosiaalipalvelujen tuottajatahojen** merkitys tulee kehittymään vuoteen 2015 mennessä?
(1=vähenee merkittävästi - 5=lisääntyy merkittävästi)

	1	2	3	4	5
valtio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kunta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kolmas sektori	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
julkisten tahojen omistamat yritykset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
yksityiset yritykset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
maakunta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EU	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
joku muu taho (kirjoita taho kohtaan 6.6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6.6

6.7 Miten **terveyspalvelujen tuottajatahojen** merkitys tulee kehittymään vuoteen 2015 mennessä?
(1=vähenee merkittävästi - 5=lisääntyy merkittävästi)

	1	2	3	4	5
valtio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kunta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kolmas sektori	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
julkisten tahojen omistamat yritykset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
yksityiset yritykset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
maakunta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EU	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
joku muu taho (kirjoita taho kohtaan 6.8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6.8

6.9 Mitä mieltä olet seuraavista tulevaisuutta koskevista väitelauseista?
(1=täysin eri mieltä – 6=täysin samaa mieltä)

	1	2	3	4	5	6
Sosiaalialalle tulee yksityisiä koulutuksen tarjoajia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terveysalalle tulee yksityisiä koulutuksen tarjoajia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yksityiset sosiaalialan palveluita tarjoavat yritykset ”kuorivat kermat”, suuntaavat palvelunsa ainoastaan maksukykyisimmille kansalaisille.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yksityiset terveysalan palveluita tarjoavat yritykset ”kuorivat kermat”, suuntaavat palvelunsa ainoastaan maksukykyisimmille kansalaisille.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yksityisellä ja julkisella sosiaalipalvelujen tuottajilla on erilaiset osaamistarpeet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yksityisellä ja julkisella terveyspalvelujen tuottajilla on erilaiset osaamistarpeet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Palvelusetelien käyttö sosiaalipalveluissa yleistyy nykyisestä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Palvelusetelien käyttö terveyspalveluissa yleistyy nykyisestä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Rakenteet ja toimintamallit

Julkilausuttuna tavoitteena on laitoshoidon väheneminen. Lisäksi on otettu käyttöön uusia lainsäädäntöön pohjautuvia kokeiluja, jotka tukevat osaltaan myös sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistä nykyistä kuntatasoa suurempien seutukuntatasoisten hallintoyksiköiden toimesta (Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004-2007, 26).

Myös lääkäreiden ja hoitajien työnojoon ennakoidaan muuttuvan perusteellisesti sekä työpareihin ja moniammatillisiin tiimeihin perustuvien toimintatapojen lisääntyvän (Suomen terveydenhuollon tulevaisuudet 2004, 38) Sosiaalialan henkilöstön tehtävä rakenne- ja mitoitus suositukset ovat uudistumassa vuoden 2006 loppuun mennessä.

Näiden rakenteellisten muutosten lisäksi rahoitus paineiden kasvaessa toiminnan säästö- ja tehostamisvaatimukset kasvavat.

7.1 Miten seuraavat sosiaali- ja terveysalan **rakenteisiin vaikuttavat** tekijät tulevat kehittymään nykypäivän ja vuoden 2015 välillä?

(1=vähenee merkittävästi - 5=lisääntyy merkittävästi)

	1	2	3	4	5
sosiaalihuollon nykyisten rakenteiden (esim. monikanavainen rahoitus) murtuminen	○	○	○	○	○
terveydenhuollon nykyisten rakenteiden (esim. monikanavainen rahoitus) murtuminen	○	○	○	○	○
sosiaalihuollon palveluketjujen yhdistäminen horisontaalisesti ja vertikaalisesti	○	○	○	○	○
terveydenhuollon palveluketjujen yhdistäminen horisontaalisesti ja vertikaalisesti	○	○	○	○	○
poikkisektoraalisen yhteistyön lisääntyminen sosiaalialan ulkopuolelle	○	○	○	○	○
poikkisektoraalisen yhteistyön lisääntyminen terveysalan ulkopuolelle	○	○	○	○	○
työnojoon uudistuminen	○	○	○	○	○
moniammatilliset työyhteisöt (mutta ei niin, että kaikki tekee kaikkea)	○	○	○	○	○
joku muu (kirjoita tekijä kohtaan 7.2)	○	○	○	○	○

7.2

7.3 Miten seuraavat **sosiaalialan toimintamallit** tulevat kehittymään nykypäivän ja vuoden 2015 välillä?
(1=vähenee merkittävästi - 5=lisääntyy merkittävästi)

	1	2	3	4	5
laitoshoito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
avopalvelut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
omaishoito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
itsehoito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vapaaehtoistyö	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
yhteisöllinen työ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
rakenteellinen työ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ennaltaehkäisevä työ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
omalääkäri	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
joku muu (kirjoita tekijä kohtaan 7.4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7.4

7.5 Miten seuraavat **terveysalan toimintamallit** tulevat kehittymään nykypäivän ja vuoden 2015 välillä?
(1=vähenee merkittävästi - 5=lisääntyy merkittävästi)

	1	2	3	4	5
laitoshoito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
avopalvelut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
omaishoito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
itsehoito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vapaaehtoistyö	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
yhteisöllinen työ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
rakenteellinen työ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ennaltaehkäisevä työ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
omalääkäri	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
joku muu (kirjoita tekijä kohtaan 7.6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7.6

7.7 Arvioi miten seuraavien **sosiaalialan sisällä** vaikuttavien tekijöiden merkitys tulee kehittymään nykypäivän ja vuoden 2015 välillä?
(1=merkitys vähenee huomattavasti – 5=merkitys lisääntyy huomattavasti)

	1	2	3	4	5
palvelurakenteiden muutoksen vaikeus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
professionaalisuus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hidas palkkakehitys	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
medikalisoituminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
byrokratisoituminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
juridisoituminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
syvenevä erikoistuminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tuottavuuden kasvun vaatimus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
palvelujen vaikuttavuuden arviointi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
joku muu (kirjoita tekijä kohtaan 7.8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7.8

7.9 Arvioi miten seuraavien **terveysalan sisällä** vaikuttavien tekijöiden merkitys tulee kehittymään nykypäivän ja vuoden 2015 välillä?
(1=merkitys vähenee huomattavasti – 5=merkitys lisääntyy huomattavasti)

	1	2	3	4	5
palvelurakenteiden muutoksen vaikeus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
professionaalisuus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hidas palkkakehitys	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
medikalisoituminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
byrokratisoituminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
juridisoituminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
syvenevä erikoistuminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tuottavuuden kasvun vaatimus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
palvelujen vaikuttavuuden arviointi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
joku muu (kirjoita tekijä kohtaan 7.10)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7.10

7.11 Millaisia ovat tulevaisuuden yhteistyötarpeet sosiaali- ja terveysalojen välillä?

7.12 Mitkä tekijät ovat sosiaali- ja terveysalan yhteistyön esteenä?

7.13 Miten yhteistyön esteitä voisi purkaa?

7.14 Mitä mieltä olet seuraavasta väitelauseesta?
(1=täysin eri mieltä - 6=täysin samaa mieltä)

Sosiaali- ja terveyspalveluissa tapahtuu palvelurakenteiden muutos pois nykyisestä case management –ajattelusta (Yksilökohtainen palveluohjaus, jonka lähtökohdana ovat asiakkaan tarpeet, joiden perusteella kootaan tarpeita vastaava palvelukokonaisuus).

1 2 3 4 5 6

7.15 Jos annoit kohtaan 7.14 arvon 4-6, mitä tulee tilalle?

7.16 Mitä mieltä olet seuraavasta väitelauseesta?
(1=täysin eri mieltä - 6=täysin samaa mieltä)

1 2 3 4 5 6

Joidenkin kalliiden palvelujen tuottamisesta tullaan tulevaisuudessa huolehtimaan yhteistyössä muiden valtioiden (esim. Pohjoismaiden) kanssa.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

7.17 Mitä mieltä olet seuraavasta väitelauseesta?
(1=täysin eri mieltä - 6=täysin samaa mieltä)

1 2 3 4 5 6

Tulevaisuudessa työnjako on muuttunut siten, että vähemmän vaativia töitä siirretään alemman koulutustason omaavien hoidettaviksi.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

7.18 Anna joitakin esimerkkejä kysymykseen 7.17 liittyen.

8. Sosiaali- ja terveysalalle hakeutuminen ja alalla pysyminen

Työssä viihtyminen vaikuttaa merkittävästi työntekijän kykyyn ja haluun pysyä työssään ja mahdollisesti jatkaa työuraansa vielä ensimmäisen mahdollisen eläkkeellesiirtymisvuoden jälkeenkin.

Tulee huomioda, että vain vanhempien ikäkuokkien työllisyyden kohoaminen ei riitä, yhteiskunnan tasapainoinen kehitys vaatii työllisyyden kohentamista kaikissa työkäisissä ikäluokissa (Sosiaaliturvan suunta 2004, 79).

Tulevaisuuden henkilöstötarpeiden vuoksi onkin kiinnitettävä erityistä huomiota sekä nykyisen henkilöstön täydennyskoulutukseen ja alan yleiseen vetovoimaan (Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004-2007, 10).

8.1 Mitä tekijöitä kehittämällä muilla aloilla työskentelevät ja erityisesti miehet saataisiin kiinnostumaan **sosiaalialasta** (miesvaltaiset teollisuustyöpaikat vähenevät ja työvoimaa näin tavallaan "vapautuu")? Valitse **kolme** tärkeintä.

- ☐ palkka
- ☐ urakehitys
- ☐ työn palkitsevuus
- ☐ työn arvostus
- ☐ vakinainen työsuhde
- ☐ yleinen kiinnostus/kutsumus alaa kohtaan
- ☐ joku muu, mikä?

8.2 Mitä tekijöitä kehittämällä muilla aloilla työskentelevät ja erityisesti miehet saataisiin kiinnostumaan **terveysalasta** (miesvaltaiset teollisuustyöpaikat vähenevät ja työvoimaa näin tavallaan "vapautuu")? Valitse **kolme** tärkeintä.

- ☐ palkka
- ☐ urakehitys
- ☐ työn palkitsevuus
- ☐ työn arvostus
- ☐ vakinainen työsuhde
- ☐ yleinen kiinnostus/kutsumus alaa kohtaan
- ☐ joku muu, mikä?

8.3 Mitkä seuraavista tekijöistä vaikuttavat eniten **sosiaalialan** työntekijöiden työviihtyvyyteen ja työssä pysymiseen? Valitse **viisi** tärkeintä.

- ☐ palkka
- ☐ urakehitys
- ☐ työn palkitsevuus
- ☐ työn arvostus
- ☐ turvattu työsuhte (virkasopimus)
- ☐ yleinen kiinnostus/kutsumus alaa kohtaan
- ☐ hyvä johtaminen
- ☐ kritiikki, kannustaminen ja palaute työyhteisössä
- ☐ työkierto
- ☐ koulutus, elinikäinen oppiminen
- ☐ vaikutusmahdollisuudet työhön
- ☐ työturvallisuus
- ☐ väkivallan uhka asiakastilanteissa
- ☐ joku muu, mikä?

8.4 Mitkä seuraavista tekijöistä vaikuttavat eniten **terveysalan** työntekijöiden työviihtyvyyteen ja työssä pysymiseen? Valitse **viisi** tärkeintä.

- ☐ palkka
- ☐ urakehitys
- ☐ työn palkitsevuus
- ☐ työn arvostus
- ☐ turvattu työsuhte (virkasopimus)
- ☐ yleinen kiinnostus/kutsumus alaa kohtaan
- ☐ hyvä johtaminen
- ☐ kritiikki, kannustaminen ja palaute työyhteisössä
- ☐ työkierto
- ☐ koulutus, elinikäinen oppiminen
- ☐ vaikutusmahdollisuudet työhön
- ☐ työturvallisuus
- ☐ väkivallan uhka asiakastilanteissa
- ☐ joku muu, mikä?

8.5 Miten tärkeä väylä muuntokoulutus on sosiaali- ja terveysalalle tulijoille vuonna 2015?

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|
| ei lainkaan tärkeä | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | erittäin tärkeä |

8.6 Miltä aloilta muuntokoulutettavia tulisi houkutella ja mille aloille he sijoittuisivat?

8.7 Miten sosiaali- ja terveysalan opiskelijoiden tarpeet ja odotukset täyttyvät siirryttäessä työelämään?

	1	2	3	4	5	6	
erittäin huonosti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	erittäin hyvin

9. Sosiaali- ja terveydenhuollon koulutus

Edellä käsiteltyjen seikkojen yhteisvaikutuksena sosiaali- ja terveysala tulee tulevaisuudessa olemaan erinäköinen kuin nykyään. Tämä tulee väistämättä vaikuttamaan myös sosiaali- ja terveysalojen koulutukseen. Tämän kohdan kysymyksissä aiemman pohdiskelun pohjalta arvioidaan muutosten vaikutuksia laadullisiin ja määrällisiin koulutustarpeisiin.

9.1 Merkitse oheisen **ammatillisten perustutkintojen** listaan miten kyseisen alan koulutuksen tarve muuttuu suhteellisesti vuoteen 2015 mennessä.
(1=vähenee merkittävästi - 5=lisääntyy merkittävästi)

	1	2	3	4	5
hammaslaborantti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
farmanomi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lähihoitaja – ensihoito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lähihoitaja – kuntoutus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lähihoitaja – lasten ja nuorten hoito ja kasvatus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lähihoitaja – mielenterveys- ja päihdetyö	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lähihoitaja – sairaanhoito ja huolenpito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lähihoitaja – suu- ja hammashoito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lähihoitaja – vammaistyö	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lähihoitaja – vanhustyö	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lähihoitaja – asiakaspalvelu ja tietohallinta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9.2 Merkitse oheisen **ammattikorkeakoulututkintojen** listaan miten kyseisen alan koulutuksen tarve muuttuu suhteellisesti vuoteen 2015 mennessä.
(1=vähenee merkittävästi - 5=lisääntyy merkittävästi)

	1	2	3	4	5
apuvälineteknikko	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bioanalytiikko	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ensihoitaja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fysioterapeutti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
geronomi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hammasteknikko	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
jalkaterapeutti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kuntoutuksen ohjaaja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kätilä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
naprapaatti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
optometristi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
osteopaatti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
röntgenhoitaja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sairaanhoitaja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sosionomi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
suuhygienisti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
terveydenhoitaja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
toimintaterapeutti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9.3 Merkitse oheisen **yliopistotutkintojen** listaan miten kyseisen alan koulutuksen tarve muuttuu suhteellisesti vuoteen 2015 mennessä.
(1=vähenee merkittävästi - 5=lisääntyy merkittävästi)

	1	2	3	4	5
hammaslääkäri	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lastentarhanopettaja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lääkäri	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sosiaalityöntekijä (YTM/VTM)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
terveystieteiden maisteri	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ammattilliset lisensiaatintutkinnot (sosiaalityö)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9.4 Tulevatko koulutuksen aloituspaikkojen **suhteelliset** määrät muuttumaan nykyisestä eri koulutusasteiden (toinen aste, alempi korkea-aste, ylempi korkea-aste) välillä? Jos tulevat, niin miten?

9.5 Millaista syvempää erikoistumista sosiaali- ja terveysalojen osa-alueilla kaivataan?

9.6 Millä aloilla on suurimmat tarpeet täydennyskoulutuksen järjestämiseen?

9.7 Millä ammattialueilla ylempiä ammattikorkeakoulututkintoja tarvitaan tulevaisuudessa?

9.8 Miten järjestetään alalla toimivan kouluttamattoman tai alikoulutetun väen koulutus?

9.9 Kehittykö ruotsinkielisen työvoiman tarve samassa suhteessa suomenkielisen työvoiman kanssa?

9.10 Onko ruotsinkielisen työvoiman saatavuudesta huolehdittu?

9.11 Mitkä ovat nykyisin sosiaali- ja terveysalan koulutuksen suurimmat epäkohdat?

9.12 Missä ovat tulevaisuuden kannalta tärkeimmät tutkimustarpeet sosiaali- ja terveysalalla, miten koulutukseen liittyvää koulutusta ja tutkimusta tulisi suunnata ja kehittää?

LIITE 2: Kyselyyn vastanneet

Kyselyyn vastanneet henkilöt (huom. jotkut ovat vastanneet ryhmässä, näiden osalta ryhmää edustaa vain yksi nimi eikä näin ollen aivan kaikkia, jotka tuloksiin ovat vaikuttaneet ole listassa)

Nimi	Taho
Aalto, Pirjo	Pirkanmaan sairaanhoitopiiri
Aaltonen, Elli	Itä-Suomen lääninhallitus
Anttila, Kristina	Vaasan sairaanhoitopiiri
Autti, Lilli	Helsingin kaupunki
Essayah, Sari	Eduskunta
Haavisto, Ermo	Kymenlaakson sairaanhoitopiiri
Halttunen, Tuula	Varsinais-Suomen liitto
Harjunen, Raimo	Etelä-Pohjanmaan TE-keskus
Haverinen, Riitta	Stakes
Heikkilä, Marja	Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus
Heikura, Kaija	Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri
Herrala, Jaakko	Pirkanmaan sairaanhoitopiiri
Hämäläinen, Päivi	Stakes
Jokelainen, Alpo	Kainuun TE-keskus
Juutinen, Anneli	Suomen Potilasliitto
Keistinen, Timo	Vaasan sairaanhoitopiiri
Keskitalo, Mervi	Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri
Kihlman, Anne	Ravitsemusterapeuttien yhdistys
Kilpeläinen, Auvo	Rovaniemen kaupunki
Kilpeläinen, Lea	Joensuun kaupunki
Kimari, Riitta	Ympäristöministeriö
Kinnunen, Petri	Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus
Kumpula, Kristiina	Suomen Punainen Risti
Kupiainen, Marketta	Helsingin kaupunki
Kurkko, Eila	Itä-Savon sairaanhoitopiiri
Laaksonen, Katriina	Sairaanhoitajaliitto

Lagström, Hanna	Turun yliopisto
Laitinen, Matti	Etelä-Karjalan liitto
Laitinen-Pesola, Jaana	Tehy
Latva-Rausku, Esa	Etelä-Pohjanmaan liitto
Lempinen, Aimo	Uudenmaan liitto
Leveelahti, Anri	Hämeen liitto
Lotvonen, Esko	Lapin liitto
Malmström, Eila	Talentia
Maunu, Kerttu	Oulun seudun ammattiopisto
Merilä, Martti	Itä-Savon sairaanhoitopiiri
Mikkonen, Anita	Keski-Suomen liitto
Myllärinen, Tarja	Kaakkois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus
Mäki, Johanna	Näkövammaisten keskusliitto
Mäki, Jukka	Kriminaalihuollon tukisäätiö
Mäki, Outi	Suomen Puheterapialiitto
Niemi, Jussi	Pirkanmaan liitto
Niikkula, Anneli	Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri
Nousiainen, Kirsi	Helsingin kaupunki
Oleander, Soile	Lastentarhanopettajaliitto
Orrström, Guy	Vantaan kaupunki
Paatero, Seija	TYKS
Paloniemi, Annikki	Kuusamon kaupunki
Pantti, Raimo	Lapin lääninhallitus
Parikka, Anja	Tampereen kaupunki
Pellinen, Jukka	Helsingin kaupunki
Peltovuori, Timo	Mielenterveyden keskusliitto
Penttinen, Jorma	Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri
Pihlajamäki, Jaakko	Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri
Pirhonen, Jarmo	Kaakkois-Suomen TE-keskus
Poutanen, Raija	Seinäjoen seudun terveysyhtymä
Pudas, Anneli	Rovaniemen kaupunki
Puolijoki, Hannu	Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri
Puska, Pekka	Kansanterveyslaitos
Pyhälä-Liljeström, Paula	Jyväskylän kaupunki

Pyykkö, Mika	Terveysten edistämisen keskus
Raij, Katariina	Laurea-ammattikorkeakoulu
Rauhasalo, Anneli	Kymenlaakson sairaanhoitopiiri
Rautniemi, Lasse	Pikassos Oy (Sosiaalialan osaamiskeskus Kanta-Hämeessä, Pirkanmaalla ja Satakunnassa)
Rautpalo, Tiia	Suomen lähi- ja perushoitajaliitto
Rouhiainen-Valo, Tuula	Satakunnan ammattikorkeakoulu
Ruohonen, Markku	Raha-automaattiyhdistys
Salmi, Merja	Sosiaalitalo Oy (Etelä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus)
Salomaa, Eva	Lapin sairaanhoitopiiri
Seikkula, Altti	Keski-Pohjanmaan liitto
Seppälä, Anja	Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri
Suokas, Markku	Turun kaupunki
Suonpää, Jouko	Turun yliopisto
Tervonen, Leena	Suomen Farmasialiitto
Tikkanen, Matti J.	Helsingin yliopisto
Tikkanen, Tuomo	Suomen Psykologiliitto
Toijonen, Merja	Etelä-Savon TE-keskus
Tuominen, Juha	Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri
Turtiainen, Ann-Marie	Helsingin kaupunki
Upanne, Mauri	Lastensuojelun keskusliitto
Utriainen, Pekka	Jyväskylän kaupunki
Vainio, Harri	Työterveyslaitos
Vakkilainen, Auli	Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri
Valkonen, Pirkko	Keski-Suomen sairaanhoitopiiri
Wanne, Olli	Satakunnan sairaanhoitopiiri
Varpe, Riitta	Pirkanmaan TE-keskus
Veistilä, Minna	Etelä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus
Vestala, Vesa	Joensuun kaupunki
Vänskä, Olavi	Joensuun kaupunki
Ylihärsilä, Oili	Seinäjoen seudun terveysyhtymä
Äärimaa, Markku	Suomen Lääkäriliitto

LIITE 3: Verstaaseen 10.11. tuodut väitteet

Ensimmäisenä terveysalan ryhmälle pohdittavaksi annettu lista, toisena sosiaalialan ryhmän lista.

Terveysalan ryhmä

Oheisen listan väitelauseista väitteet a–i ovat yhteisiä molemmille ryhmille. Väitteet j–o käsitellään ainoastaan terveysalan ryhmässä. Merkitse listan oikeaan reunaan varattuun tilaan numero 1–15 sen mukaan miten tärkeänä pidät että väite muuttuisi todellisuudeksi (tärkeimpänä pidetty saa arvon 15, toiseksi tärkein 14, jne.).

	Väite	Tärkeys
a)	Tulevaisuudessa sairaanhoitopiireillä/kunnilla on nykyistä enemmän sananvaltaa sosiaali- ja terveydenhuollon peruskoulutuksen painopistealueita ja -määriä suunniteltaessa.	
b)	Tulevaisuudessa sosiaali- ja terveysalan työvoimapulaa paikkaa laaja aikuiskoulutus (mitkä alat ja kuka järjestää?).	
c)	Tulevaisuudessa sosiaali- ja terveysalan työpaikoilla on kattava mentorointijärjestelmä, jolla taataan hiljaisen tiedon siirtyminen.	
d)	Tulevaisuudessa sosiaali- ja terveysalan oppilaitosten opettajat jakavat aikansa käytännön työn ja opetuksen kanssa. Näin taataan opetettavan tiedon tuoreus ja vastaavuus työelämässä.	
e)	Tulevaisuudessa sosiaali- ja terveydenhuollon aloilla on omat, alojen johtotehtäviin valmistavat koulutusohjel-	

mat, joissa alan tuntemuksen lisäksi opetetaan johtamis- ja ihmissuhdetaitoja.

- f) Tulevaisuudessa sosiaali- ja terveysalalla on yhteinen kaikkien koulutustasojen ja -alojen perusopintoihin kuuluva kurssi tai kursseja, jossa opetetaan alojen yhteisiä tavoitteita ja käydään läpi molempien toimintatapoja ja ajattelutapaa.
- g) Tulevaisuudessa vieraiden kielten ja kulttuurien opetus on sisällytetty jokaiselle sosiaali- ja terveysalan koulutus- tasolle.
- h) Tulevaisuudessa työnantajat hoitavat sosiaali- ja terveys- alalle tulevien maahanmuuttajataustaisten henkilöiden perehdyttämis- ja täydennyskoulutuksen.
- i) Tulevaisuudessa sosiaali- ja terveysalalla on uusia avus- tavan työn tehtävänimikkeitä, jotka soveltuvat henki- löille joiden työkyky on alentunut. Näihin ammatteihin on myös omat koulutusohjelmansa.
- j) Tulevaisuudessa sairaanhoitajat hoitavat joitakin nykyisin lääkäreille kuuluvia tehtäviä (esim. hoitajavastaanotot, jois- sa hoitaja kommunikoi toisessa toimipisteessä olevan lää- kärin kanssa potilaan hoidontarpeesta.) Kasvanut vastuu näkyy myös opintokokonaisuuksien laajuuden kasvuna.
- k) Tulevaisuudessa kotisairaanhoito (kotisairaala) on jois- sakin potilasryhmissä pääasiallinen hoitomuoto. Tähän hoitomuotoon liittyvä koulutusosio kuuluu osana kaik- kiin terveysalan opintoihin ja on myös erikoistumis- vaihtoehto.

- l) Tulevaisuuden tarpeita silmälläpitäen mennessä sairaanhoitajakoulutuksen opiskelijamääriä tulee jo lähivuosina kasvattaa nykyisestä.
- m) Tulevaisuudessa terveysalan koulutuksessa omatoiminen terveyden edistäminen ja palveluohjaus ovat omia aineitaan.
- n) Tulevaisuudessa terveysalan koulutuksen kaikille tasoille sisältyy useampia käytännön harjoittelujaksoja jotka on suoritettava mahdollisimman erilaisissa harjoittelupaikoissa.
- o) Tulevaisuudessa yleisimmin käytössä olevien potilastietojärjestelmien käyttöä opetetaan osana kaikkien terveysalan koulutusasteiden opetusohjelmaa.

Työelämäväitteitä (näitä käsitellään jos koulutuskysymysten käsittelyn jälkeen jää aikaa yli, näitä ei itsenäisen työn aikana arvoteta)

- Tulevaisuudessa on tavallista, että sosiaali- ja terveysalan työntekijät siirtyvät joustavasti työelämästä eläkkeelle työskentelemällä muutaman vuoden 63 ikävuoden jälkeen muutaman päivän viikossa samalla uusien työntekijöitä ohjaten.
- Tulevaisuudessa hoitoa tukevien uusien tietoteknisten välineiden (esim. sähköinen potilastietojärjestelmä) käyttö vie nykyistä suuremman osan työajasta.
- Tulevaisuudessa sairaanhoitajien virkoja on suhteessa nykyistä enemmän, pätkätöitä käytetään vain vähän.

Sosiaalialan ryhmä

Oheisen listan väitelauseista väitteet a–i ovat yhteisiä molemmille ryhmille. Väitteet j–m käsitellään ainoastaan sosiaalialan ryhmässä. Merkitse listan oikeaan reunaan varattuun tilaan numero 1–13 sen mukaan miten tärkeänä pidät että väite muuttuisi todellisuudeksi (tärkeimpänä pidetty saa arvon 13, toiseksi tärkein 12, jne.).

Väite	Tärkeys
a) Tulevaisuudessa sairaanhoitopiireillä/kunnilla on nykyistä enemmän sananvaltaa sosiaali- ja terveydenhuollon peruskoulutuksen painopistealueita ja -määriä suunniteltaessa.	
b) Tulevaisuudessa sosiaali- ja terveysalan työvoimapulaa paikkaa laaja aikuiskoulutus (mitkä alat ja kuka järjestää?).	
c) Tulevaisuudessa sosiaali- ja terveysalan työpaikoilla on kattava mentorointijärjestelmä, jolla taataan hiljaisen tiedon siirtyminen.	
d) Tulevaisuudessa sosiaali- ja terveysalan oppilaitosten opettajat jakavat aikansa käytännön työn ja opetuksen kanssa. Näin taataan opetettavan tiedon tuoreus ja vastavuus työelämässä.	
e) Tulevaisuudessa sosiaali- ja terveydenhuollon aloilla on omat, alojen johtotehtäviin valmistavat koulutusohjelmat, joissa alan tuntemuksen lisäksi opetetaan johtamis- ja ihmissuhdetaitoja.	
f) Tulevaisuudessa sosiaali- ja terveysalalla on yhteinen kaikkien koulutustasojen ja -alojen perusopintoihin	

kuuluva kurssi tai kursseja, jossa opetetaan alojen yhteisiä tavoitteita ja käydään läpi molempien toimintatapoja ja ajattelutapaa.

- g) Tulevaisuudessa vieraiden kielten ja kulttuurien opetus on sisällytetty jokaiselle sosiaali- ja terveysalan koulutus-
tasolle.
- h) Tulevaisuudessa työnantajat hoitavat sosiaali- ja terveys-
alalle tulevien maahanmuuttajataustaisten henkilöiden
perehdyttämis- ja täydennyskoulutuksen.
- i) Tulevaisuudessa sosiaali- ja terveysalalla on uusia avus-
tavan työn tehtävänimikkeitä, jotka soveltuvat henki-
löille joiden työkyky on alentunut. Näihin ammatteihin
on myös omat koulutusohjelmansa.
- j) Tulevaisuudessa tietoteknologialla on nykyistä suurem-
pi painoarvo kaikissa sosiaalialan koulutuksissa, jotta
esim. erilaisia asiakastietojärjestelmiä osattaisiin parem-
min hyödyntää sosiaalialan työssä.
- k) Tulevaisuudessa toisen asteen perustutkinto (lähihoi-
tajakoulutus) eriytyy kahdeksi tutkinnoksi; sosiaalialan
perustutkinnoksi ja terveysalan perustutkinnoksi.
- l) Tulevaisuudessa sosiaalialan koulutuspaikkojen määriin
tulee tehdä korjauksia. (Vuonna 2004 alalle valmistui
5600 lähihoitajaa, 1600 sosionomia (AMK) ja 150 sosi-
aalityöntekijää.)
- m) Tulevaisuudessa sosiaalityöntekijöiden ja sosionomien
(AMK) tutkinnot tulevat yhdistymään yhdeksi sosiaa-
lialan korkeakoulututkinnoksi.

Työelämäväitteitä (näitä käsitellään jos koulutuskysymysten käsittelyn jälkeen jää aikaa yli, näitä ei itsenäisen työn aikana arvioida)

- Sosiaalialalla on voimakas imago-ongelma
- Tulevaisuudessa sosiaalialalla tarvitaan nykyistä erikoistuneempaa osaamista (missä erityisesti?).
- Tulevaisuudessa on tavallista, että sosiaali- ja terveysalan työntekijät siirtyvät joustavasti työelämästä eläkkeelle työskentelemällä muutaman vuoden 63 ikävuoden jälkeen muutaman päivän viikossa samalla uusien työntekijöitä ohjaten.
- Tulevaisuudessa hoitoa tukevien uusien tietoteknisten välineiden (esim. sähköinen potilastietojärjestelmä) käyttö vie nykyistä suuremman osan työajasta.
- Sosiaalialan suuren eläkepoistuman ja pienistä ikäluokista johtuvien rekrytointivaikeuksien johdosta työhön joudutaan rekrytoimaan puutteellisesti koulutettua väkeä, jotka eivät sitoudu työhön pitkäksi aikaa.
- Tulevaisuudessa kaikkien kansalainen tasavertainen (subjektiivinen) oikeus päivähoitopalvelujen käyttämiseen ei enää päde.

SOSIAALI- JA TERVEYSALAN TYÖVOIMA- JA KOULUTUSTARPEET 2015

Loppuraportti sosiaali- ja terveydenhuollon
ennakointihankkeesta

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti vuosiksi 2003-2005 Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoiman ja koulutuksen ennakkoinnin yhteistyöryhmän, jonka tehtävänä oli seurata ja ennakoida väestön tarpeisiin sekä palvelujärjestelmän ja työelämän muutoksiin liittyviä työvoima- ja koulutustarpeita sekä koulutuksen kehittämistarpeita.

Turun kauppakorkeakoulun Tulevaisuuden tutkimuskeskus kutsuttiin mukaan avustamaan ennakkoinnin yhteistyöryhmää kvalitatiivisen ennakkoinnin menetelmien hyödyntämisessä sekä aineiston kokoamisessa ja raportoinnissa.

Tämä raportti on Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoiman ja koulutuksen ennakkoinnin yhteistyöryhmän laadullisen ennakkoinnin vaiheen päätös. Raportissa esitellään sosiaali- ja terveysalojen tulevaisuuskuvat vuoteen 2015 ja niihin liittyviä toimenpide-ehdotuksia.

AIEMMAT TUTU-JULKAISUT

- 3/2006: Markus Vinnari, Jyrki Luukkanen, Jari Kaivo-oja:
Visionary Leadership as a Tool for Eco-efficiency in
Organisations. Developing an Integrated Conceptual
Model.
- 2/2006: Jari Kaivo-oja: Towards Integration of Innovation
Systems and Foresight Research in Firms and
Corporations. The Classical Takeuchi-Nonaka Model
Reconsidered and Reformulated.
- 1/2006: Juha Kaskinen, Marko Ahvenainen, Ben Rodenhäuser,
Cornelia Daheim, Pascale Van Doren, Gervaise Ropars:
Rethinking Regional Performance in the Knowledge
Society. Foresight as a Tool for European Regions.

ISBN 951-564-397-X (Kirja)
951-564-398-8 (PDF)



TURUN KAUPPAKORKEAKOULU
Turku School of Economics

Turun kauppakorkeakoulu
Tulevaisuuden tutkimuskeskus

www.tse.fi/tutu, tutu-info@tse.fi